



BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI- VENEZIA GIULIA

TRIESTE, 19 maggio 2000

L. 2.500 - Euro 1,29

DIREZIONE E REDAZIONE: PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - TRIESTE - PIAZZA UNITÀ D'ITALIA, 1 - TEL. 3773607

AMMINISTRAZIONE: SERVIZIO DEL PROVVEDITORATO - TRIESTE - VIA CARDUCCI, 6 - TEL. 3772037

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 relative pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con decreto del Presidente della Giunta 8 febbraio 1982, n. 043/Pres., pubblicato in B.U.R. 17 marzo 1982, n. 26, modificato con D.P.G.R. 7 ottobre 1991, n. 0494/Pres., pubblicato in B.U.R. 10 marzo 1992, n. 33 e con D.P.G.R. 23 dicembre 1991, n. 0627/Pres., pubblicato in B.U.R. n. 50 del 22 aprile 1992. Per quanto in esse non previsto si applicano le norme statali o regionali in materia di pubblicità degli atti.

La versione integrale dei testi contenuti nel Bollettino Ufficiale è consultabile gratuitamente, a partire dal Bollettino Ufficiale della Regione n. 11 del 17 marzo 1999, sul seguente sito Internet della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia:

<http://www.regione.fvg.it>

L'archivio relativo ai numeri dall'aprile 1998 al marzo 1999 propone il sommario delle singole parti di cui è composto il Bollettino stesso e relativi supplementi.

La riproduzione del Bollettino sul sito Internet ha carattere meramente informativo ed è, pertanto, priva di valore giuridico.

SOMMARIO

PARTE PRIMA LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
31 marzo 2000, n. 0105/Pres.

Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione. Approvazione.

[pag. 3977](#)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
5 maggio 2000, n. 1241.

D.M. 14 dicembre 1994. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Approvazione del tariffario regionale per il 2000.

[pag. 4012](#)

PARTE PRIMA

LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
31 marzo 2000, n. 0105/Pres.

Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione. Approvazione.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTO il D.P.G.R. 12 settembre 1986, n. 0417/Pres., avente ad oggetto: «Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli enti ed organismi funzionali della Regione»;

VISTO l'articolo 47, comma 2, della legge regionale 22 marzo 1999, n. 7: «Nuove norme in materia di bilancio e di contabilità regionale e modifiche alla legge regionale 1 marzo 1988, n. 7», che stabilisce tra l'altro che in materia di amministrazione del patrimonio e di contabilità degli enti funzionali della Regione, venga emanato un nuovo regolamento, con decreto del Presidente

della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, al fine di dotare i medesimi enti di disposizioni omogenee a quelle vigenti per l'Amministrazione regionale;

VISTO l'articolo 16, comma 33, della legge regionale 13 settembre 1999, n. 25: «Assestamento del bilancio 1999 e del bilancio pluriennale 1999-2001 ai sensi dell'articolo 10, della legge regionale 20 gennaio 1982, n. 10», che modifica l'articolo 47, comma 3, della citata legge regionale n. 7/1999 e prevede per gli Enti funzionali della Regione l'entrata in vigore dei nuovi meccanismi di bilancio a decorrere dall'esercizio 2001;

VISTO l'articolo 199, della legge regionale 1 marzo 1988, n. 7 e successive modificazioni ed integrazioni, che individua gli enti funzionali della Regione;

VISTA la legge regionale 17 dicembre 1990, n. 55, che istituisce gli Enti regionali per il diritto allo studio universitario di Trieste e Udine ed in particolare l'articolo 14;

VISTA la legge regionale 18 marzo 1991, n. 10, che istituisce le Aziende di promozione turistica ed in particolare l'articolo 13;

VISTA la legge regionale 30 settembre 1996, n. 42, che disciplina gli Enti Parco ed in particolare l'articolo 25;

VISTA la legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 e successive modificazioni ed integrazioni;

CONSIDERATA pertanto la necessità di recepire i principi sanciti nella nuova legge di contabilità regionale nell'emanazione del nuovo regolamento, in esecuzione delle disposizioni contenute nel citato articolo 47, della legge regionale n. 7/1999, riguardo a:

- a) applicazione del principio di separazione tra i compiti di direzione politica e quelli di direzione amministrativa;
- b) riforma del bilancio di previsione degli enti in accordo ai principi di cui agli articoli da 7 a 11, della legge regionale n. 7/1999;
- c) applicazione dei principi di cui agli articoli da 36 a 41, della legge regionale n. 7/1999;
- d) introduzione del bilancio pluriennale, con la medesima estensione temporale prevista per il bilancio pluriennale regionale;
- e) introduzione di una disciplina conforme ai principi previsti all'articolo 17, della legge regionale n. 7/1999;
- f) previsione della possibilità di assumere impegni estesi a più esercizi, nelle stesse fattispecie previste per l'Amministrazione regionale dall'articolo 29, della legge regionale n. 7/1999.

SENTITO il Comitato dipartimentale per gli affari istituzionali che nella seduta del 16 marzo 2000 ha espresso parere favorevole sul testo regolamentare predisposto dalla Ragioneria generale;

VISTO l'articolo 42 dello Statuto regionale di autonomia;

SU CONFORME deliberazione della Giunta regionale n. 598 del 16 marzo 2000;

DECRETA

1) È approvato il Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione, nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

2) Il suddetto Regolamento entrerà in vigore il primo giorno del secondo mese successivo a quello della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione, fermo restando che le disposizioni relative alle materie indicate all'articolo 84 del Regolamento stesso troveranno applicazione a decorrere dal bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e dal bilancio per l'anno 2001.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione.

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei Conti per la registrazione e verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Trieste, lì 31 marzo 2000

ANTONIONE

*Registrato alla Corte dei conti, Trieste, addì 8 maggio 2000
Atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, Registro 1, foglio 153*

REGOLAMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEL PATRIMONIO E LA CONTABILITÀ DEGLI ENTI ED ORGANISMI FUNZIONALI DELLA REGIONE

SOMMARIO

- Articolo 1 *(Finalità)*
 Articolo 2 *(Ambito di applicazione)*
 Articolo 3 *(Definizioni)*
- TITOLO I - GESTIONE FINANZIARIA
- CAPO I - BILANCIO DI PREVISIONE
- Articolo 4 *(Esercizio finanziario e bilancio di previsione)*
 Articolo 5 *(Bilancio pluriennale di previsione)*
 Articolo 6 *(Bilancio annuale di previsione)*
 Articolo 7 *(Caratteristiche del bilancio)*

- Articolo 8 (*Classificazione delle entrate*)
Articolo 9 (*Classificazione delle spese*)
Articolo 10 (*Partite di giro*)
Articolo 11 (*Rappresentazione del bilancio*)
Articolo 12 (*Allegati al bilancio di previsione annuale e pluriennale*)
Articolo 13 (*Documento tecnico*)
Articolo 14 (*Avanzo o disavanzo di amministrazione*)
Articolo 15 (*Esercizio provvisorio*)
Articolo 16 (*Gestione provvisoria*)

CAPO II - VARIAZIONI AL BILANCIO

- Articolo 17 (*Fondi di riserva*)
Articolo 18 (*Prelevamenti dal fondo di riserva di cassa*)
Articolo 19 (*Prelevamenti dal fondo delle spese obbligatorie e d'ordine*)
Articolo 20 (*Variazioni e storni al bilancio di previsione*)
Articolo 21 (*Stanziamenti di spese non impegnate alla fine dell'esercizio*)
Articolo 22 (*Variazioni al documento tecnico*)

CAPO III - ENTRATE

- Articolo 23 (*Accertamento delle entrate*)
Articolo 24 (*Riscossione delle entrate*)
Articolo 25 (*Gestione delle entrate*)

CAPO IV - SPESE

- Articolo 26 (*Fasi della spesa ed assunzioni di impegni*)
Articolo 27 (*Liquidazione della spesa*)
Articolo 28 (*Ordinazione e pagamento della spesa*)
Articolo 29 (*Documentazione dei mandati di pagamento*)
Articolo 30 (*Modalità particolari di estinzione dei titoli di spesa*)
Articolo 31 (*Mandati di pagamento non pagati alla fine dell'esercizio finanziario*)
Articolo 32 (*Erogazioni di spese tramite funzionari delegati*)
Articolo 33 (*Rendiconto dei funzionari delegati*)

CAPO V - NORME IN MATERIA DI CONTROLLO INTERNO DI RAGIONERIA

- Articolo 34 (*Controllo interno di ragioneria*)
Articolo 35 (*Natura del controllo interno di ragioneria*)

- Articolo 36 (*Verifica della regolarità contabile*)
Articolo 37 (*Verifica di legalità della spesa*)
Articolo 38 (*Efficacia degli atti sottoposti al controllo preventivo interno di ragioneria*)
Articolo 39 (*Visto di ragioneria sui titoli di spesa*)

CAPO VI - PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI CONCESSIONE DI INCENTIVI

- Articolo 40 (*Sospensione dell'erogazione di incentivi*)
Articolo 41 (*Norma di rinvio*)

CAPO VII - SERVIZIO DI TESORERIA O DI CASSA

- Articolo 42 (*Affidamento del servizio*)
Articolo 43 (*Servizio di cassa interno*)
Articolo 44 (*Gestione del cassiere*)
Articolo 45 (*Riscossioni per delega*)
Articolo 46 (*Scritture del cassiere*)

CAPO VIII - RENDICONTO GENERALE

- Articolo 47 (*Procedure*)
Articolo 48 (*Conto del bilancio*)
Articolo 49 (*Conto generale del patrimonio*)
Articolo 50 (*Situazione amministrativa*)
Articolo 51 (*Gestione dei residui*)
Articolo 52 (*Restituzione di somme all'Amministrazione regionale*)

TITOLO II - GESTIONE PATRIMONIALE

CAPO I - BENI

- Articolo 53 (*Beni*)
Articolo 54 (*Inventario dei beni immobili*)
Articolo 55 (*Consegnatari dei beni immobili*)
Articolo 56 (*Classificazione dei beni mobili*)
Articolo 57 (*Inventario di beni mobili*)
Articolo 58 (*Consegnatari dei beni mobili*)
Articolo 59 (*Carico e scarico dei beni mobili*)
Articolo 60 (*Chiusura annuale degli inventari*)
Articolo 61 (*Ricognizione dei beni mobili*)
Articolo 62 (*Materiali di consumo*)
Articolo 63 (*Automezzi*)
Articolo 64 (*Materiali di scorta*)

CAPO II - CREDITI

- Articolo 65 (*Crediti*)

TITOLO III - CONTRATTI

CAPO I - ATTIVITÀ CONTRATTUALE

Articolo 66 (*Competenze in materia contrattuale*)

Articolo 67 (*Norme generali*)

Articolo 68 (*Scelta del contraente*)

Articolo 69 (*Criteri di aggiudicazione*)

Articolo 70 (*Stipulazione dei contratti*)

Articolo 71 (*Collaudo e certificazione di regolare esecuzione*)

Articolo 72 (*Cauzione*)

Articolo 73 (*Penalità*)

Articolo 74 (*Condizioni e clausole contrattuali*)

CAPO II - SISTEMA IN ECONOMIA

Articolo 75 (*Servizi in economia*)

Articolo 76 (*Esecuzione dei lavori in economia*)

Articolo 77 (*Provviste in economia*)

Articolo 78 (*Casi particolari di ricorso al sistema in economia*)

Articolo 79 (*Spese di rappresentanza*)

TITOLO IV - DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I - SCRITTURE CONTABILI

Articolo 80 (*Scritture finanziarie e patrimoniali*)

Articolo 81 (*Sistema di scritture*)

Articolo 82 (*Sistemi di elaborazione automatica dei dati*)

CAPO II - RESPONSABILITÀ DEGLI AMMINISTRATORI E DEI CAPI DEGLI UFFICI DEGLI ENTI

Articolo 83 (*Obbligo di denuncia*)

TITOLO V - DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

CAPO I - DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Articolo 84 (*Applicazione*)

Articolo 85 (*Riclassificazione dei residui attivi e passivi e delle somme trasferite*)

Articolo 86 (*Residui di stanziamento*)

Articolo 87 (*Concessione di anticipazioni sul prezzo*)

Articolo 88 (*Adempimenti conseguenti all'introduzione dell'EURO*)

Articolo 89 (*Pagamenti e versamenti in Euro ed attività contrattuale*)

CAPO II - DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 90 (*Abrogazioni*)

Articolo 91 (*Rinvio alle norme di contabilità generale dello Stato*)

Articolo 1

(*Finalità*)

1. Il presente Regolamento, in esecuzione delle disposizioni contenute all'articolo 47 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7, e successive modificazioni ed integrazioni, disciplina l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione.

Articolo 2

(*Ambito di applicazione*)

1. Le disposizioni del presente Regolamento si applicano nei confronti degli Enti regionali individuati dall'articolo 199 della legge regionale 1 marzo 1988, n. 7, e successive modificazioni ed integrazioni, nei confronti degli Enti regionali per il diritto allo studio universitario di Trieste e Udine, istituiti con legge regionale 17 dicembre 1990, n. 55, delle Aziende di promozione turistica, istituite con legge regionale 18 marzo 1991, n. 10, nonché degli Enti Parco, istituiti ai sensi della legge regionale 30 settembre 1996, n. 42.

Articolo 3

(*Definizioni*)

1. Ai fini del presente Regolamento si intende:

- a) per Consiglio di Amministrazione: il Consiglio di Amministrazione, il Comitato programmatico e di verifica dei risultati gestionali e il Consiglio direttivo dell'Ente;
- b) per Collegio dei Revisori: il Collegio dei Revisori dei Conti, il Collegio Sindacale e il Collegio dei Sindaci;
- c) per documento tecnico: il documento tecnico di accompagnamento del bilancio di previsione;
- d) per unità previsionale: l'unità previsionale di base.

TITOLO I

GESTIONE FINANZIARIA

CAPO I

BILANCIO DI PREVISIONE

Articolo 4

(*Esercizio finanziario e bilancio di previsione*)

1. L'esercizio finanziario ha la durata di un anno e coincide con l'anno solare.

2. La gestione finanziaria si svolge in base al bilancio annuale e pluriennale di previsione deliberato dal Consiglio di Amministrazione non oltre il 31 ottobre, salvo che la legge istitutiva disponga diversamente.

Articolo 5

(Bilancio pluriennale di previsione)

1. Il bilancio pluriennale, della durata di un triennio, costituisce il quadro delle risorse che si prevede di acquisire e di impiegare in ciascuno dei relativi esercizi in base alla legislazione vigente.

2. Ogni anno, contestualmente al bilancio annuale di previsione, il Consiglio di Amministrazione, entro il termine previsto dal comma 2 dell'articolo 4, presenta l'aggiornamento del bilancio pluriennale, ricostituendone la medesima estensione triennale.

Articolo 6

(Bilancio annuale di previsione)

1. Le previsioni del bilancio annuale sono formulate in termini di competenza ed in termini di cassa.

2. Il bilancio di previsione annuale è costituito:

- a) dagli stati di previsione dell'entrata, secondo la classificazione di cui all'articolo 8;
- b) dagli stati di previsione della spesa, secondo la classificazione di cui all'articolo 9;
- c) dal quadro generale riassuntivo che riporta i totali delle entrate per titoli e delle spese per titoli e per funzioni-obiettivo.

3. Tutte le entrate e tutte le spese debbono essere iscritte in bilancio nel loro importo integrale, senza alcuna riduzione per effetto di correlative spese o entrate.

4. Il bilancio di previsione è redatto secondo lo schema di cui all'allegato A).

5. Le gestioni fuori bilancio possono sussistere solo se autorizzate da specifiche disposizioni di legge, in conformità ai principi previsti dall'articolo 15 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7 e successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 7

(Caratteristiche del bilancio)

1. L'unità previsionale di base costituisce l'unità fondamentale di bilancio.

2. Per ciascuna unità previsionale di entrata e di spesa il bilancio di previsione indica:

- a) l'ammontare presunto dei residui attivi e passivi alla

chiusura dell'esercizio precedente a quello cui il bilancio si riferisce;

- b) l'ammontare delle entrate che si prevede di accertare e delle spese che si prevede di impegnare nell'esercizio cui il bilancio si riferisce;
- c) l'ammontare delle entrate che si prevede di incassare e delle spese che si prevede di pagare nell'esercizio cui il bilancio si riferisce, senza distinzioni tra operazioni in conto competenza ed in conto residui.

3. Tra le entrate di cui alla lettera c) è iscritto come prima posta del bilancio di cassa l'ammontare presunto del fondo di cassa all'inizio dell'esercizio cui il bilancio si riferisce.

4. Gli stanziamenti di spesa sono iscritti in bilancio in relazione a programmi definiti ed alle concrete capacità operative dell'Ente nel periodo di riferimento.

Articolo 8

(Classificazione delle entrate)

1. Nel bilancio le entrate sono distinte in entrate effettive e entrate per partite di giro.

2. Le entrate effettive sono ripartite in:

- a) titoli;
- b) categorie, secondo la natura dei cespiti;
- c) unità previsionali di base ai fini dell'accertamento dei cespiti.

3. I titoli sono:

Titolo I - Entrate derivanti da trasferimenti correnti;

Titolo II - Entrate diverse;

Titolo III - Entrate per alienazione di beni patrimoniali e riscossione di crediti;

Titolo IV - Entrate derivanti da trasferimenti attivi in conto capitale;

Titolo V - Entrate derivanti da accensione di prestiti.

4. Le entrate sono riepilogate in riassunti per titoli e categorie.

Articolo 9

(Classificazione delle spese)

1. Nel bilancio le spese sono distinte in spese effettive e spese per partite di giro.

2. Le spese effettive sono ripartite in:

- a) funzioni-obiettivo, individuate con riguardo all'esigenza di definire gli obiettivi da perseguire per la realizzazione del programma di attività dell'Ente e di misurare il prodotto dell'attività amministrativa, ove possibile, anche in termini di servizi resi ai cittadini;

- b) titoli, a seconda che le spese siano di natura corrente, d'investimento, o riguardino il rimborso di mutui e prestiti;
- c) unità previsionali di base, stabilite in modo che a ciascuna unità corrisponda un unico centro di responsabilità amministrativa, cui è affidata la relativa gestione, tenendo distinte, secondo l'analisi economica, le spese dirette dai trasferimenti.

3. Le spese sono riepilogate in riassunti per funzioni-obiettivo e titoli.

Articolo 10 (Partite di giro)

1. Le partite di giro comprendono le entrate e le spese che si effettuano per conto di terzi e che, perciò, costituiscono al tempo stesso un debito ed un credito per l'Ente, nonché le somme somministrate al cassiere ed ai funzionari delegati e da questi rendicontate o rimborsate.

2. Tra le partite di giro sono, altresì, comprese le unità previsionali di entrata e di spesa necessarie al fine di contabilizzare le operazioni di deposito e di prelevamento di somme nella contabilità speciale della Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, prevista dalle disposizioni vigenti.

Articolo 11 (Rappresentazione del bilancio)

1. La proposta di deliberazione del bilancio di competenza per l'esercizio ed il triennio successivo mette a confronto gli stanziamenti proposti con quelli dell'esercizio in corso e del relativo triennio.

Articolo 12 (Allegati al bilancio di previsione annuale e pluriennale)

1. Costituiscono allegati al bilancio di previsione:

- a) il documento tecnico di accompagnamento e specificazione, recante la disaggregazione delle unità previsionali di base degli stati di previsione dell'entrata e della spesa in uno o più capitoli ai fini della gestione e della predisposizione del rendiconto generale di cui al Capo VIII del presente Titolo;
- b) il programma di attività dell'Ente;
- c) la relazione del Collegio dei Revisori, contenente, tra l'altro, valutazioni in ordine all'attendibilità delle entrate ed alla congruità delle spese;
- d) la relazione del Presidente, nella quale sono evidenziati tra l'altro i prevedibili flussi di entrata e di spe-

sa per gli anni considerati nel bilancio pluriennale con particolare riferimento a quelli provenienti dalla Regione;

- e) la pianta organica del personale, comprendente la consistenza numerica del personale in servizio;
- f) eventuali elaborati contabili e statistici atti a conferire maggiore chiarezza alle poste del bilancio;
- g) la tabella dimostrativa dell'avanzo o disavanzo di amministrazione, nella quale sono indicati i singoli stanziamenti di spesa correlativi all'utilizzazione del presunto avanzo di amministrazione, secondo lo schema di cui all'allegato B).

Articolo 13 (Documento tecnico)

1. Il documento tecnico costituisce la sede di riscontro per la specifica imputazione delle previsioni di entrata e di spesa disposte anche con i provvedimenti amministrativi di variazione adottati in corso d'esercizio, ai sensi del Capo II del presente Titolo.

2. Il capitolo costituisce l'unità elementare del documento tecnico ai fini della gestione e della rendicontazione rispettivamente dell'entrata e della spesa.

3. I capitoli sono classificati in relazione ai contenuti economici e funzionali e definiti secondo il rispettivo oggetto, con evidenza delle relative disposizioni legislative di riferimento.

4. I capitoli di entrata e di spesa sono ordinati in relazione alle norme vigenti in materia di funzioni e responsabilità dei dirigenti, secondo la ripartizione amministrativa interna delle competenze all'accertamento delle entrate ed alla gestione della spesa.

5. Nel documento tecnico gli stanziamenti di spesa relativi alle assegnazioni di fondi con destinazione vincolata da parte della Regione, dello Stato, e di altri soggetti pubblici e privati vengono iscritti in appositi capitoli.

6. Il documento tecnico è corredato da un prospetto nel quale sono messe a raffronto le entrate, distinte per unità previsionali di base e capitoli, derivanti da assegnazioni di fondi con destinazione vincolata, con l'indicazione della rispettiva destinazione specifica, risultante dalla legge o dai provvedimenti di assegnazione o di riparto, e le spese, distinte anch'esse per unità previsionali di base e capitoli, aventi le destinazioni di cui alle assegnazioni predette.

7. In appositi elenchi annessi al documento tecnico sono riportati i capitoli relativi alle spese obbligatorie e d'ordine.

8. Ciascuna unità previsionale di base e, nell'ambito di questa, ciascun capitolo di entrata e di spesa sono contraddistinti da un numero di codice meccanografico.

Articolo 14

(Avanzo o disavanzo di amministrazione)

1. Nel bilancio di previsione è iscritto come prima posta dell'entrata e della spesa, rispettivamente, l'avanzo o il disavanzo di amministrazione presunto al 31 dicembre dell'esercizio precedente a quello cui il preventivo si riferisce.

2. Del presunto avanzo di amministrazione l'Ente non può disporre se non quando sia dimostrata l'effettiva disponibilità del medesimo ed a misura che l'avanzo stesso venga realizzato, in riferimento ai singoli stanziamenti di spesa indicati nella tabella dimostrativa di cui all'articolo 12, comma 1, lettera g).

3. Del presunto disavanzo di amministrazione risultante dalla tabella di cui all'articolo 12, comma 1, lettera g), deve tenersi obbligatoriamente conto all'atto della formulazione delle previsioni di esercizio, al fine del relativo assorbimento, ed il Consiglio di Amministrazione deve nella deliberazione del bilancio preventivo illustrare i criteri adottati per pervenire a tale assorbimento.

4. Nel caso di maggiore accertamento, in sede consuntiva, del disavanzo di amministrazione, in confronto di quello presunto, il Consiglio di Amministrazione deve deliberare i necessari provvedimenti atti ad eliminare gli effetti di detto scostamento.

Articolo 15

(Esercizio provvisorio)

1. Quando l'approvazione del bilancio di previsione non intervenga prima dell'inizio dell'esercizio cui lo stesso si riferisce, il Consiglio di Amministrazione autorizza, con apposita delibera, la gestione provvisoria del bilancio medesimo limitatamente, per ogni mese, ad un dodicesimo della spesa prevista per ciascun capitolo del bilancio dell'esercizio precedente, ovvero nei limiti della maggiore spesa necessaria, ove si tratti di spese obbligatorie tassativamente regolate dalla legge e non suscettibili di impegno o di pagamento frazionabili in dodicesimi.

Articolo 16

(Gestione provvisoria)

1. Qualora il bilancio di previsione sia stato regolarmente approvato dal Consiglio di Amministrazione con delibera non ancora esecutiva, essendo pendenti gli adempimenti relativi al controllo esterno preventivo di legittimità, la Giunta regionale su proposta dell'Assessore competente autorizza la gestione, in via provvisoria, del bilancio medesimo, per ogni mese di pendenza del procedimento, limitatamente ad un dodicesimo della spesa prevista per ciascun capitolo, ovvero nei limiti della maggiore spesa necessaria ove si tratti di spese obbligatorie tassativamente regolate dalla legge e non su-

scettibili di impegno o di pagamento frazionabili in dodicesimi.

CAPO II

VARIAZIONI AL BILANCIO

Articolo 17

(Fondi di riserva)

1. Nello stato di previsione della spesa sono iscritti in apposite unità previsionali di base un fondo di riserva di cassa e un fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine.

2. L'ammontare del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine non può superare il cinque per cento del totale delle spese correnti previste.

Articolo 18

(Prelevamenti dal fondo di riserva di cassa)

1. Nei casi d'urgenza, il Presidente provvede a disporre, con proprio provvedimento da sottoporre a ratifica del Consiglio di Amministrazione nella seduta immediatamente successiva, i prelevamenti di cassa dal fondo di riserva e la loro iscrizione nelle apposite unità previsionali di base sui capitoli relativi alle spese.

Articolo 19

(Prelevamenti dal fondo delle spese obbligatorie e d'ordine)

1. Nei casi d'urgenza, il Presidente provvede a disporre, con proprio provvedimento da sottoporre a ratifica del Consiglio di Amministrazione nella seduta immediatamente successiva, il prelevamento di somme dal fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine e la loro iscrizione nelle apposite unità previsionali di base del bilancio sui capitoli inclusi negli elenchi delle spese obbligatorie e d'ordine annessi al documento tecnico allegato al bilancio.

Articolo 20

(Variazioni e storni al bilancio di previsione)

1. Le variazioni al bilancio di previsione di competenza e di cassa, comprese quelle per l'utilizzo dei fondi di riserva, fermo restando quanto previsto dagli articoli 18, 19, 21, comma 2, e 51, sono deliberate nei modi e con le procedure previste per il bilancio di previsione, salva diversa disposizione di legge.

2. Sono vietati gli storni nella gestione dei residui, nonché tra gestione dei residui e quella di competenza o viceversa.

3. Durante l'ultimo mese dell'esercizio finanziario non possono essere adottati provvedimenti di variazione al bilancio, salvo casi eccezionali da motivare.

Articolo 21

(Stanziamenti di spese non impegnate alla fine dell'esercizio)

1. Le quote degli stanziamenti delle spese correnti, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario, costituiscono economia di bilancio.

2. Le quote degli stanziamenti delle spese in conto capitale, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario, sono trasferite, con provvedimento del Presidente, previo parere del Collegio dei Revisori, nelle appropriate unità previsionali di base del bilancio sui corrispondenti capitoli del documento tecnico allegato al bilancio dell'esercizio successivo. Le quote trasferite, non impegnate ai sensi dell'articolo 26, entro l'esercizio successivo a quello in cui fu iscritto lo stanziamento, costituiscono economia di bilancio.

3. Alle quote non utilizzate del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine si applicano le disposizioni di cui al comma 2.

4. Le quote non impegnate degli stanziamenti di spesa relativi alle assegnazioni di fondi con destinazione vincolata da parte della Regione, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati possono essere trasferite, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione, previo parere del Collegio dei Revisori, agli esercizi successivi sino a che permanga l'esigenza della spesa e avuto comunque riguardo ai vincoli e ai limiti temporali di utilizzo imposti in relazione all'attuazione dei programmi e dei progetti.

5. Le somme via via trasferite oltre l'esercizio successivo a quello di iscrizione in bilancio si considerano provenienti dall'esercizio precedente a quello in cui le somme stesse vanno trasferite.

Articolo 22

(Variazioni al documento tecnico)

1. Il Direttore, nell'ambito delle proprie attribuzioni in materia di gestione ed allocazione delle risorse, può proporre al Presidente, in relazione alle specifiche effettive occorrenze finanziarie e qualora sia necessario per ottimizzare la spesa avuto riguardo alle risorse disponibili, storni di fondi all'interno della medesima unità previsionale di base, limitatamente agli stanziamenti di competenza dell'esercizio in corso, ivi comprese le somme trasferite ai sensi dell'articolo 21.

2. Le variazioni sono adottate con apposito provvedimento dal Presidente, su conforme parere del Collegio dei Revisori e sono immediatamente esecutive.

3. La disposizione di cui al comma 2 non si applica per le spese di natura obbligatoria e per le spese d'ordine.

4. La disposizione di cui al comma 2 trova applicazione in caso di assegnazioni a destinazione vincolata

qualora il soggetto che ha disposto l'assegnazione dei fondi disponga una diversa allocazione delle risorse che non determini la necessità di variazione tra diverse unità previsionali di base. A tali variazioni devono essere allegato l'aggiornamento del prospetto previsto dall'articolo 13, comma 6, e la documentazione che ne giustifica l'adozione.

5. Le variazioni al documento tecnico di cui ai commi 1 e 4 devono essere comunicate all'Amministrazione regionale entro quindici giorni dall'adozione con la relativa documentazione allegata.

CAPO III

ENTRATE

Articolo 23

(Accertamento delle entrate)

1. L'entrata è accertata quando l'Ente, appurata la ragione del suo credito e la persona debitrice, iscrive come competenza dell'esercizio finanziario l'ammontare del credito che viene a scadenza nell'anno.

2. Quando trattasi di entrata la cui acquisizione è sottoposta a oneri o condizioni, è necessario che l'accertamento sia preceduto da apposita determinazione dell'organo competente.

3. L'accertamento di entrate dà luogo ad annotazione nelle scritture, con imputazione al competente capitolo di bilancio nella relativa unità previsionale di base.

4. A tal fine la relativa documentazione è comunicata al responsabile del controllo interno di ragioneria, anche ai fini degli adempimenti di cui all'articolo 36, comma 4.

5. Le entrate accertate e non riscosse costituiscono residui attivi, i quali sono compresi tra le attività del conto patrimoniale.

Articolo 24

(Riscossione delle entrate)

1. Le entrate sono introitate dalla banca che ai sensi dell'articolo 42 gestisce il servizio di tesoreria o di cassa, mediante ordinativi di incasso.

2. Le entrate introitate tramite il servizio dei conti correnti postali devono affluire alla banca di cui al comma 1.

3. Il Tesoriere non può ricusare l'esazione di somme che vengono versate in favore dell'Ente ancorché senza la preventiva emissione di ordinativi d'incasso, salvo richiedere subito la regolarizzazione contabile.

4. Le eventuali somme pervenute direttamente all'Ente sono annotate nel registro di cassa di cui all'articolo 46 e versate al Tesoriere entro il terzo giorno dal loro arrivo, previa emissione di ordinativi d'incasso.

5. È vietato disporre pagamenti di spese con i fondi dei conti correnti postali ovvero con quelli pervenuti direttamente all'Ente.

6. L'ordinativo di incasso, sottoscritto dal responsabile della struttura direzionale competente o da un suo delegato, deve contenere almeno:

- a) l'indicazione del debitore;
- b) l'ammontare della somma da riscuotere;
- c) il numero dell'avviso di incasso;
- d) la causale;
- e) gli eventuali vincoli di destinazione delle somme;
- f) l'indicazione dell'unità previsionale di base e del capitolo cui è riferita l'entrata, distintamente per residui o competenza;
- g) la codifica;
- h) il numero progressivo;
- i) l'esercizio finanziario e la data di emissione.

7. Gli ordinativi d'incasso non riscossi entro il termine dell'esercizio vengono restituiti dal Tesoriere o cassiere all'Ente per l'annullamento.

Articolo 25

(Gestione delle entrate)

1. I responsabili delle strutture direzionali che hanno gestione di entrate curano, nei limiti delle rispettive attribuzioni e sotto la personale loro responsabilità, che l'accertamento, la riscossione ed il versamento delle entrate siano fatti prontamente ed integralmente.

CAPO IV

SPESE

Articolo 26

(Fasi della spesa ed assunzioni di impegni)

1. La gestione delle spese segue le fasi dell'impegno, della liquidazione, dell'ordinazione e del pagamento.

2. Le spese sono impegnate dai responsabili delle strutture direzionali competenti, ovvero dal Direttore in caso di inerzia, assenza, impedimento o vacanza, qualora i medesimi non abbiano sostituiti.

3. L'assunzione dell'impegno di spesa conseguente ad obbligazioni contrattuali avviene contestualmente all'approvazione dei contratti da parte dell'organo competente, salvo quanto disposto dal Capo II del Titolo III in relazione al sistema in economia.

4. Formano impegno sugli stanziamenti di competenza dell'esercizio le somme dovute dall'Ente in base a legge od a contratto o ad altro titolo a creditori determinati o determinabili, semprechè la relativa obbligazione venga a scadenza entro il termine dell'esercizio.

5. Gli impegni sono assunti nei limiti dei rispettivi stanziamenti di competenza del bilancio annuale, come specificati nel documento tecnico. Possono essere autorizzate la stipulazione di contratti o comunque l'assunzione di obbligazioni nei limiti dell'intero stanziamento di competenza del bilancio pluriennale nei casi di:

- a) spese correnti, quando ciò sia indispensabile per assicurare la continuità dei servizi;
- b) spese per affitti e altre continuative o ricorrenti, per le quali l'impegno può estendersi a più esercizi quando ciò rientri nella consuetudine o l'Ente ne riconosca la necessità o la convenienza;
- c) spese di investimento.

6. Nel caso di obbligazioni assunte dall'Ente a norma del comma 5, formano impegni sugli stanziamenti di ciascun esercizio le sole quote che vengono a scadenza nel corso dell'esercizio medesimo.

7. Chiuso con il 31 dicembre l'esercizio finanziario, nessun impegno può essere assunto a carico del predetto esercizio. La differenza fra somme stanziare, somme impegnate ai sensi del comma 4 e quote trasferite ai sensi dell'articolo 21, costituisce economia di bilancio.

8. Le somme impegnate, ai sensi del comma 4, e non pagate entro il termine dell'esercizio costituiscono residui passivi, i quali sono compresi tra le passività del conto patrimoniale.

9. Il bilancio di previsione e il documento tecnico tengono conto nella determinazione, rispettivamente, degli stanziamenti delle unità previsionali di base e dei relativi capitoli, degli impegni assunti ai sensi dei commi 4 e 5.

Articolo 27

(Liquidazione della spesa)

1. La liquidazione della spesa, consistente nella determinazione dell'esatto importo dovuto e del soggetto creditore, è effettuata, salva diversa disposizione di legge, dai responsabili delle strutture direzionali competenti sulla base dei titoli e dei documenti giustificativi comprovanti il diritto dei creditori, previo accertamento dell'esistenza dell'impegno, nonché della regolarità della fornitura o della prestazione e della rispondenza della stessa ai requisiti, ai termini ed alle condizioni pattuite.

2. L'atto di liquidazione, sottoscritto dal responsabile della struttura direzionale competente di cui al comma 1, con tutti i relativi documenti giustificativi è trasmesso al responsabile del controllo interno di ragioneria per quanto di sua competenza ai sensi del Capo V del presente Titolo.

3. La liquidazione degli stipendi, dei salari, delle indennità e di ogni altra competenza fissa spettante al personale dipendente può essere effettuata mediante note di spesa fissa, collettive o individuali.

Articolo 28

(Ordinazione e pagamento della spesa)

1. Il pagamento delle spese è ordinato, entro i limiti delle previsioni di cassa, di norma mediante l'emissione di mandati di pagamento numerati in ordine progressivo per ogni esercizio finanziario, muniti del codice meccanografico dell'unità previsionale di base e del relativo capitolo di spesa, tratti sulla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa.

2. I mandati di pagamento sono firmati dal responsabile della struttura direzionale competente o da un suo delegato.

3. I mandati devono inoltre riportare:

- a) la data di emissione;
- b) l'unità previsionale di base ed il relativo capitolo sui quali la spesa è allocata e la relativa disponibilità, distintamente per competenza, quota trasferita ai sensi dell'articolo 21, o residui;
- c) l'indicazione del creditore e, se si tratta di persona diversa, del soggetto tenuto a rilasciare quietanza, nonché, ove richiesto, il relativo codice fiscale o la partita I.V.A.;
- d) l'ammontare della somma dovuta e la scadenza, qualora sia prevista dalla legge o sia stata concordata con il creditore;
- e) la causale e gli estremi dell'atto esecutivo che legittima l'erogazione della spesa;
- f) le eventuali modalità agevolative di pagamento se richieste dal creditore ai sensi dell'articolo 30;
- g) il rispetto degli eventuali vincoli di destinazione.

4. Il pagamento delle spese è altresì disposto mediante aperture di credito a favore di funzionari delegati; ad esse si applicano le disposizioni di cui ai commi da 1 a 3.

5. I mandati di pagamento sono soggetti al controllo interno di ragioneria secondo le disposizioni del Capo V del presente Titolo.

6. Il pagamento degli stipendi, dei fitti e delle altre spese di importo e scadenze determinate può effettuarsi mediante l'emissione di ruoli di spesa fissa.

7. Le mutazioni alle partite per le quali si trovano aperti presso il Tesoriere i conti correnti, devono risultare da appositi ruoli di variazione, che devono essere comunicati nei modi e con le stesse forme prescritti per i ruoli principali.

Articolo 29

(Documentazione dei mandati di pagamento)

1. Ogni mandato di pagamento è corredato, a seconda dei casi, da documenti comprovanti la regolare esecuzione dei lavori, forniture e servizi, quali i verbali di

collaudo ove richiesti, i buoni di carico, quando si tratti di beni inventariabili ovvero, ad esempio, dalla bolletta di consegna per materiali da assumersi in carico nei registri di magazzino, dalla copia degli atti d'impegno o dall'annotazione degli estremi degli stessi, dalle note di liquidazione e da ogni altro documento che giustifichi la spesa.

2. Tale documentazione deve recare il visto del responsabile della struttura direzionale competente alla liquidazione della spesa.

3. La documentazione della spesa è allegata al mandato successivamente alla sua estinzione ed è conservata agli atti secondo le modalità previste dalla normativa regionale in materia di gestione del protocollo e conservazione degli archivi e comunque per non meno di dieci anni.

Articolo 30

(Modalità particolari di estinzione dei titoli di spesa)

1. Può essere disposto, su richiesta scritta del creditore e con espressa annotazione sui titoli, che i medesimi siano estinti mediante:

- a) accredito in conto corrente postale a favore del creditore, nonché mediante vaglia postale con spese a carico del richiedente;
- b) commutazione in assegno circolare, non trasferibile, all'ordine del creditore;
- c) accredito in conto corrente bancario;
- d) accredito ad una banca per conto del creditore;
- e) per gli ordinativi di pagamento emessi su conti aperti presso la Tesoreria provinciale dello Stato, le forme agevolative di estinzione previste per i titoli di spesa dello Stato.

2. Nell'ipotesi di estinzione mediante vaglia postale, al titolo deve essere allegata la ricevuta di versamento rilasciata dall'ufficio postale.

3. Le dichiarazioni di accredito o di commutazione, che sostituiscono la quietanza del creditore, devono risultare sul titolo di spesa da annotazione recante gli estremi relativi alle operazioni ed il timbro del Tesoriere o cassiere.

Articolo 31

(Mandati di pagamento non pagati alla fine dell'esercizio finanziario)

1. I mandati di pagamento individuali e collettivi da estinguere con quietanza propria del creditore, rimasti interamente o parzialmente inestinti entro il primo giorno non festivo successivo al 21 dicembre di ciascun anno, sono commutati dal Tesoriere con le modalità di cui alla lettera b) dell'articolo 30.

2. I mandati di pagamento, commutati ai sensi del comma 1, si considerano titoli pagati agli effetti del rendiconto generale.

3. Nelle convenzioni di tesoreria sono regolati i rapporti con il Tesoriere in relazione all'accertamento dell'effettivo pagamento degli assegni circolari.

4. I mandati di pagamento non pagati entro il termine dell'esercizio sono restituiti dalla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa all'Ente per il loro annullamento.

Articolo 32

(Erogazioni di spese tramite funzionari delegati)

1. Per l'effettuazione di spese per le quali si renda necessario il pagamento mediante funzionari delegati, il Direttore può autorizzare, entro limiti prestabiliti, aperture di credito a favore di dipendenti, mediante accensione di appositi conti presso la banca che gestisce il servizio di tesoreria. Gli interessi maturati sui conti predefiniti vanno accreditati all'Ente.

2. I responsabili delle strutture direzionali provvedono alla nomina dei funzionari delegati ed a disporre i relativi ordini di accreditamento.

3. Le disposizioni di pagamento, a valere sui fondi depositati nei conti di cui al comma 1, hanno luogo con l'emissione di ordinativi a favore dei creditori, ovvero di buoni a favore del funzionario delegato medesimo, entro i limiti indicati nell'ordine di accreditamento. Tali operazioni devono risultare da appositi registri.

4. Gli ordinativi ed i buoni sono firmati dal funzionario delegato.

5. I funzionari delegati sono personalmente responsabili delle somme loro anticipate, delle spese ordinate e dei pagamenti effettuati e, per le somme prelevate in contanti, sono soggetti agli obblighi imposti ai depositari dal codice civile.

Articolo 33

(Rendiconto dei funzionari delegati)

1. Ogni funzionario delegato deve giustificare l'impegno delle somme erogate, distintamente per unità previsionale di base, per capitolo, per competenza e residui. A questo fine, ogni semestre ed, in ogni caso, alla fine dell'esercizio, egli deve compilare il rendiconto delle somme erogate, da presentare al Direttore entro i quarantacinque giorni successivi alla fine del periodo al quale i rendiconti stessi si riferiscono.

2. L'obbligo di rendicontazione di cui al comma 1 va inoltre adempiuto dal funzionario delegato una volta ultimato o cessato il servizio o l'incarico affidatogli.

3. Il conto è ammesso a discarico dopo che ne sia riconosciuta la regolarità da parte del responsabile del controllo interno di ragioneria, ai sensi del Capo V del presente Titolo.

CAPO V

NORME IN MATERIA DI CONTROLLO INTERNO DI RAGIONERIA

Articolo 34

(Controllo interno di ragioneria)

1. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita sugli atti amministrativi di impegno di spesa, sugli atti amministrativi di liquidazione, sui titoli di spesa, sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti ed ordinativi di incasso e sugli atti aventi natura regolamentare dell'Ente.

2. Il controllo interno consuntivo di ragioneria si esercita sugli atti soggetti a norma di legge o di regolamento a tale controllo.

3. Il controllo interno di ragioneria si esercita secondo le modalità e nei termini previsti dal presente Regolamento.

Articolo 35

(Natura del controllo interno di ragioneria)

1. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita sugli atti di impegno e sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti, sugli atti aventi natura regolamentare dell'Ente, verificando la regolarità contabile e la legalità della spesa o dell'atto.

2. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita altresì sugli atti di liquidazione, sui titoli di spesa ed ordinativi di incasso verificando la regolarità contabile degli stessi.

3. Il controllo interno successivo a consuntivo di ragioneria si esercita verificando la regolarità contabile e la legalità della spesa o dell'atto.

Articolo 36

(Verifica della regolarità contabile)

1. Il controllo contabile sugli atti di impegno si esercita accertando che la spesa impegnata non ecceda lo stanziamento del relativo capitolo di bilancio o che sia da imputare ad un capitolo diverso da quello indicato, oppure che sia riferibile ai residui anziché alla competenza, o a questa piuttosto che a quelli, nonché accertando che la quantificazione della spesa impegnata sia effettuata ai sensi di legge e che i dati identificativi del beneficiario della spesa indicati nell'atto corrispondano a quelli riportati nella documentazione giustificativa trasmessa.

2. Il controllo contabile sugli atti di liquidazione si esercita accertando che la spesa venga liquidata ai sensi di legge, nel rispetto dei limiti, delle condizioni e delle modalità fissati nell'atto di impegno di spesa.

3. Il controllo contabile sui titoli di spesa si esercita accertando che i dati riportati nel titolo corrispondano ai dati riportati nell'atto di liquidazione.

4. Il controllo contabile sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti ed ordinativi di incasso si esercita accertando che l'entrata sia imputata al pertinente capitolo di bilancio nonché quantificata ai sensi di legge e che i dati identificativi dei soggetti previsti nell'atto corrispondano a quelli indicati nella documentazione giustificativa trasmessa.

Articolo 37

(Verifica di legalità della spesa)

1. La verifica di legalità della spesa o dell'atto si esercita accertando che l'atto sia assunto nel rispetto delle disposizioni di legge che lo disciplinano.

Articolo 38

(Efficacia degli atti sottoposti al controllo preventivo interno di ragioneria)

1. Il responsabile del controllo interno di ragioneria, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto sottoposto al controllo interno preventivo di ragioneria, registra l'impegno di spesa o l'atto medesimo nel caso in cui esso non comporti impegno di spesa.

2. L'atto diviene efficace con la registrazione.

3. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare all'organo emittente l'atto, osservazioni relative alla regolarità contabile dell'atto sottoposto al controllo. In tal caso l'atto non viene ammesso alla registrazione.

4. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare osservazioni relative alla legalità della spesa o dell'atto sottoposto a controllo. In tal caso l'organo che ha emanato l'atto, può recepire le osservazioni annullando o modificando l'atto ovvero ritrasmetterlo invariato chiedendo, sotto la propria responsabilità al responsabile del controllo interno di ragioneria di provvedere comunque alla sua registrazione.

5. Della avvenuta registrazione su richiesta del responsabile è data notizia del Collegio dei Revisori.

Articolo 39

(Visto di ragioneria sui titoli di spesa)

1. Il responsabile del controllo interno di ragioneria, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto di liquidazione accompagnato dal titolo di spesa, vi appone il visto.

2. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare osservazioni relative alla regolarità contabile del titolo me-

desimo. In tal caso il titolo non può essere ammesso al visto.

CAPO VI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI CONCESSIONE DI INCENTIVI

Articolo 40

(Sospensione dell'erogazione di incentivi)

1. L'Ente è autorizzato a sospendere l'erogazione di contributi o sovvenzioni, qualora abbia notizia, successivamente verificata, di situazioni in base alle quali si ritenga che l'interesse pubblico perseguito attraverso l'erogazione dei medesimi possa non essere raggiunto.

2. La sospensione dell'erogazione è disposta, per un periodo non superiore ad un anno, con decreto, debitamente motivato, del medesimo soggetto che ha emanato il decreto di concessione del contributo o della sovvenzione.

3. Il soggetto di cui al comma 2 provvede ad inviare immediatamente copia del decreto ivi previsto al Tesoriere al fine di sospendere i pagamenti in corso, dandone notizia al beneficiario.

4. Scaduto il termine di cui al comma 2, verificata nuovamente la situazione di fatto che ha determinato la sospensione, il contributo è revocato, a partire dal momento in cui l'interesse pubblico non è stato più perseguito, ovvero, nel caso contrario, il Tesoriere è autorizzato ad effettuare i pagamenti dovuti.

5. In casi eccezionali, l'Ente è autorizzato a concedere una proroga al termine previsto dal comma 2, per un periodo di tempo non superiore ad un ulteriore anno.

6. Qualora la legittimità del rapporto contributivo sia condizionata dall'accertamento giudiziario di fatti o diritti, può essere disposta la sospensione dell'erogazione di contributi o sovvenzioni sino alla conclusione del procedimento giurisdizionale di primo grado.

Articolo 41

(Norma di rinvio)

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento, trova applicazione la vigente normativa regionale recante i principi e le disposizioni generali in materia di procedimenti contributivi di concessione di incentivi, contributi, agevolazioni e benefici di qualsiasi genere, ed in materia di compensazione.

CAPO VII

SERVIZIO DI TESORERIA O DI CASSA

Articolo 42

(Affidamento del servizio)

1. Il servizio di tesoreria o di cassa è affidato ad una

banca autorizzata a svolgere l'attività di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 1 settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, in base ad apposita convenzione.

2. L'affidamento del servizio viene effettuato mediante procedure ad evidenza pubblica con modalità che rispettino i principi della concorrenza.

3. Per l'individuazione degli enti che subiscono limitazioni circa il deposito delle proprie disponibilità di cassa presso banche si applicano le leggi dello Stato sulla materia.

4. Il Tesoriere risponde con tutte le proprie attività e con il proprio patrimonio per eventuali danni causati all'Ente affidante o a terzi ed è responsabile di tutti i depositi, comunque costituiti, intestati all'Ente.

5. Qualora l'organizzazione dell'Ente e il Tesoriere lo consentano, il servizio di tesoreria viene gestito con metodologie e criteri informatici in modo da assicurare il collegamento diretto che consenta l'interscambio dei dati e della documentazione relativi alla gestione del servizio.

6. Il Tesoriere deve presentare il conto giudiziale all'Ente secondo le modalità prescritte dalla normativa statale in materia.

Articolo 43

(Servizio di cassa interno)

1. Quando ricorrano particolari esigenze di funzionamento, il Direttore può autorizzare l'istituzione di un servizio di cassa interno, sia per la sede centrale, sia per gli uffici periferici.

2. L'incarico di cassiere è conferito dal responsabile della struttura direzionale competente per le spese generali di funzionamento dell'Ente, ad un impiegato di ruolo per una durata determinata non superiore a tre anni ed è rinnovabile. L'incarico di cassiere può cumularsi con quello di consegnatario.

Articolo 44

(Gestione del cassiere)

1. Il cassiere può essere dotato all'inizio di ciascun anno finanziario di un fondo non superiore a L. 50.000.000, reintegrabile durante l'esercizio, previa presentazione del rendiconto delle somme già spese.

2. Con il fondo si può provvedere esclusivamente al pagamento delle minute spese d'ufficio, delle spese per piccole riparazioni e manutenzioni di mobili, locali, automezzi e attrezzature, delle spese postali di vettura e per l'acquisto di giornali, nonché di pubblicazioni periodiche e simili, ciascuna d'importo non superiore a L. 1.000.000.

3. Possono gravare sul fondo gli acconti per spese di viaggio e di indennità di missione, ove non sia possibile

provvedervi con mandati tratti sulla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa.

4. Nessun pagamento può essere eseguito dal cassiere con il fondo a disposizione senza l'autorizzazione del responsabile della struttura direzionale competente alle spese generali di funzionamento.

5. Il cassiere non può tenere altre gestioni all'infuori di quelle indicate ai commi da 1 a 4.

6. Il cassiere, previa formale autorizzazione del responsabile della struttura direzionale competente alle spese di funzionamento dell'Ente, può ricevere in custodia oggetti di valore di pertinenza dell'amministrazione che devono essere conservati in cassaforte o armadi di sicurezza ed i cui movimenti devono essere annotati in apposito registro. La cessazione della custodia degli oggetti deve essere eseguita con le medesime modalità. È fatto divieto al cassiere di ricevere in consegna oggetti e valori di proprietà di terzi.

7. Le disponibilità al 31 dicembre del fondo di cui al comma 1 sono versate dal cassiere alla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa con imputazione in entrata all'apposito capitolo delle partite di giro. Allo stesso capitolo sono contabilmente imputate le somme corrispondenti al rendiconto in sospeso alla chiusura dell'esercizio, contestualmente all'addebito delle somme rendicontate ai vari capitoli di spesa.

8. La gestione del cassiere è soggetta al controllo interno successivo a consuntivo di ragioneria.

9. Il Collegio dei Revisori deve eseguire almeno una volta ogni trimestre una verifica improvvisa alla cassa e alle scritture del cassiere; analoga verifica effettua nel caso di cambiamento del cassiere.

10. Le verifiche effettuate devono constare da apposito verbale e devono estendersi, oltre alla constatazione del denaro, ai valori ed ai titoli di qualsiasi genere comunque affidati al cassiere.

Articolo 45

(Riscossioni per delega)

1. Il cassiere può essere delegato a riscuotere e a dare quietanza degli stipendi e delle altre competenze dovute ai dipendenti e da pagarsi a mezzo assegni circolari non trasferibili, ovvero in contanti quando l'emissione dei predetti assegni non sia possibile, evidenziando in apposito registro le relative operazioni di riscossione e di pagamento.

Articolo 46

(Scritture del cassiere)

1. Il cassiere tiene un unico registro per tutte le operazioni di cassa da lui effettuate, a pagine numerate e munite del timbro d'ufficio nonché della dichiarazione del responsabile del controllo interno di ragioneria attestante il numero delle pagine di cui il registro stesso si compone.

2. È in facoltà del cassiere tenere separati partitari, le cui risultanze devono essere giornalmente riportate sul registro di cassa.

CAPO VIII RENDICONTO GENERALE

Articolo 47

(Procedure)

1. Il rendiconto generale è deliberato entro il mese di aprile successivo alla chiusura dell'esercizio finanziario, salvo che la legge istitutiva non contempri termini diversi.

2. Lo schema del rendiconto generale, unitamente alla relazione illustrativa del Presidente - che deve riguardare l'andamento della gestione dell'Ente nei suoi settori operativi, nonché i fatti di rilievo verificatisi anche dopo la chiusura dell'esercizio - ed agli allegati, è sottoposto, almeno quindici giorni prima del termine di cui al comma 1, all'esame del Collegio dei Revisori, che redige apposita relazione, da allegare al predetto schema, contenente, tra l'altro, l'attestazione circa la corrispondenza delle risultanze di bilancio con le scritture contabili, nonché valutazioni in ordine alla regolarità ed economicità della gestione.

3. Il rendiconto generale è trasmesso per il controllo previsto dalle singole leggi istitutive all'Amministrazione regionale entro dieci giorni dalla data della delibera, semprechè dette leggi non prevedano termini diversi.

Articolo 48

(Conto del bilancio)

1. Il rendiconto generale è costituito dal conto del bilancio e dal conto generale del patrimonio.

2. Il conto del bilancio espone le risultanze finanziarie della gestione delle entrate e delle spese, secondo un'articolazione conforme alla struttura del bilancio di previsione e alla disaggregazione in capitoli del documento tecnico, in modo tale da consentire la rilevazione dei risultati finanziari per funzione-obiettivo ai fini della valutazione degli obiettivi perseguiti per la realizzazione del programma di attività dell'Ente e per unità previsionali di base ai fini della valutazione delle attività amministrative in relazione agli obiettivi stabiliti e agli indicatori di efficacia ed efficienza.

3. A fronte delle somme previste per l'esercizio, il conto del bilancio comprende:

- a) le entrate di competenza dell'anno, accertate, riscosse o rimaste da riscuotere;
- b) le spese di competenza dell'anno, impegnate, pagate o rimaste da pagare;
- c) la gestione dei residui attivi e passivi degli esercizi anteriori;

d) le somme riscosse e pagate, distintamente in conto competenza ed in conto residui;

e) le somme costituenti minori entrate o economie di spesa;

f) le somme trasferite all'esercizio successivo.

4. Al conto del bilancio sono allegate, raggruppate in appositi elenchi:

- a) le variazioni - distinte per unità previsionali di base - apportate, ai sensi degli articoli da 18 a 21;
- b) le variazioni al documento tecnico ai sensi dell'articolo 22.

Articolo 49

(Conto generale del patrimonio)

1. Il conto generale del patrimonio, redatto secondo lo schema di cui all'allegato C), comprende:

- a) le attività e le passività finanziarie e patrimoniali con le variazioni derivanti dalla gestione del bilancio e quelle verificatesi per qualsiasi altra causa;
- b) la dimostrazione dei vari punti di concordanza tra la contabilità del bilancio e quella patrimoniale.

Articolo 50

(Situazione amministrativa)

1. Al rendiconto generale è annessa la situazione amministrativa la quale deve evidenziare:

- a) la consistenza dei conti di tesoreria o di cassa all'inizio dell'esercizio, gli incassi ed i pagamenti complessivamente fatti nell'anno in conto competenza ed in conto residui ed il saldo alla chiusura dell'esercizio;
- b) il totale complessivo dei residui attivi e dei residui passivi alla fine dell'esercizio;
- c) le somme trasferite all'esercizio successivo;
- d) l'avanzo o il disavanzo di amministrazione.

Articolo 51

(Gestione dei residui)

1. Annualmente gli Enti sono tenuti a compilare la situazione dei residui attivi e passivi provenienti dagli esercizi anteriori a quello di competenza, distintamente per l'esercizio di provenienza e per unità previsionale di base e per capitolo.

2. Detta situazione dovrà indicare la consistenza al 1° gennaio, le somme riscosse o pagate nel corso dell'anno di gestione, quelle eliminate perché non più realizzabili o dovute, nonché quelle rimaste da riscuotere o da pagare.

3. I residui attivi e passivi di ciascun esercizio sono

imputati ai corrispondenti capitoli dell'esercizio successivo, separatamente dalla competenza del medesimo.

4. Qualora il capitolo che ha dato origine al residuo sia stato eliminato nel nuovo documento tecnico allegato al bilancio, per la gestione delle somme residue è istituito, con la procedura prevista dall'articolo 21, comma 2, un capitolo aggiunto.

5. I residui attivi possono essere ridotti o eliminati soltanto dopo che siano stati esperiti tutti gli atti per ottenerne la riscossione, a meno che il costo per tale esperimento superi l'importo da recuperare tenuto conto di quanto previsto all'articolo 65.

6. Le variazioni dei residui attivi e passivi sono approvate secondo la procedura prevista all'articolo 21, comma 2.

7. La situazione di cui al comma 1 e le variazioni di cui al comma 6 sono immediatamente esecutive e sono allegate al rendiconto generale.

Articolo 52

(Restituzione di somme all'Amministrazione regionale)

1. L'invio in economia di somme a destinazione vincolata erogate dall'Amministrazione regionale comporta l'obbligo di restituzione alla medesima entro l'esercizio successivo, salva diversa disposizione di legge.

2. La disposizione di cui al comma 1 trova applicazione sia per le economie relative a disimpegni, tanto in conto competenza quanto in conto residui, sia per le economie realizzatesi ai sensi dell'articolo 21, comma 4.

TITOLO II

GESTIONE PATRIMONIALE

CAPO I

BENI

Articolo 53

(Beni)

1. I beni degli Enti si distinguono in immobili e mobili secondo le norme del codice civile. Essi sono descritti in separati inventari preferibilmente mediante l'utilizzo di adeguati strumenti informatici in conformità delle norme contenute nel presente Capo.

Articolo 54

(Inventario dei beni immobili)

1. Gli inventari dei beni immobili devono evidenziare:

- a) la denominazione, l'ubicazione, l'uso cui sono destinati e l'ufficio od organo cui sono affidati;
- b) il titolo di provenienza, le risultanze dei registri immobiliari, i dati catastali e la rendita imponibile;

- c) le servitù, i pesi e gli oneri da cui sono gravati;
- d) il valore iniziale e le eventuali successive variazioni;
- e) gli eventuali redditi.

Articolo 55

(Consegnatari dei beni immobili)

1. I beni immobili sono dati in consegna ad agenti, i quali sono personalmente responsabili dei beni loro affidati nonché di qualsiasi danno che possa derivare all'Ente dalla loro azione od omissione e ne rispondono secondo le norme di contabilità generale dello Stato.

2. La consegna si effettua in base a verbali redatti in contraddittorio fra chi effettua la consegna e chi la riceve o fra l'agente cessante e quello subentrante, con l'assistenza di un dipendente formalmente incaricato.

Articolo 56

(Classificazione dei beni mobili)

1. I beni mobili si classificano nelle seguenti categorie:

- a) mobili, arredi, macchine di ufficio;
- b) materiale bibliografico;
- c) strumenti tecnici, attrezzature in genere, automezzi ed altri mezzi di trasporto;
- d) fondi pubblici e privati;
- e) altri beni mobili.

Articolo 57

(Inventario di beni mobili)

1. L'inventario dei beni mobili deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) la denominazione e la descrizione secondo la natura e la specie;
- b) il luogo in cui si trovano;
- c) la quantità o il numero;
- d) la classificazione «nuovo», «usato», «fuori uso»;
- e) il valore.

2. I mobili e le macchine sono valutabili per prezzo di acquisto, ovvero di stima o di mercato se trattasi di oggetti pervenuti per altra causa.

3. I titoli e i valori pubblici e privati sono valutati al prezzo di borsa del giorno precedente a quello della compilazione o revisione dell'inventario, se il prezzo è inferiore al valore nominale, e per il valore nominale qualora il prezzo sia superiore.

4. L'inventario del materiale bibliografico è costituito da appositi registri cronologici o da schedari tenuti da impiegati all'uopo incaricati.

Articolo 58

(Consegnatari dei beni mobili)

1. I beni mobili, esclusi gli oggetti di cancelleria e i materiali di consumo, sono dati in consegna, con apposito verbale, a consegnatari che ne sono responsabili fino a che non ne abbiano ottenuto regolare discarico.

2. In caso di sostituzione dei consegnatari, la consegna ha luogo previa materiale ricognizione dei beni. Il relativo verbale è sottoscritto dal consegnatario cessante e da quello subentrante, nonché dal dipendente che assiste alla consegna.

3. Gli inventari sono redatti in duplice esemplare di cui uno è conservato presso l'Ente e l'altro dai consegnatari dei beni, sino a che non ne abbia ottenuto formale discarico.

4. I consegnatari vigilano sui beni loro affidati e ne curano la manutenzione.

Articolo 59

(Carico e scarico dei beni mobili)

1. I beni mobili sono inventariati sulla base di buoni di carico emessi dal responsabile della struttura direzionale competente all'acquisto e firmati dal consegnatario.

2. La cancellazione dagli inventari dei beni mobili per fuori uso, perdita, cessione od altri motivi è disposta con provvedimento del Direttore.

3. Il provvedimento di cui al comma 2 indica l'eventuale obbligo di reintegro o di risarcimento di danni a carico dei responsabili ed è portato a conoscenza degli agenti al fine della redazione del verbale di scarico.

4. Il responsabile della struttura direzionale competente, sulla scorta degli atti o documenti di carico e scarico, provvede a disporre il conseguente aggiornamento delle scritture patrimoniali.

Articolo 60

(Chiusura annuale degli inventari)

1. Gli inventari sono chiusi al termine di ogni esercizio finanziario.

2. Le variazioni inventariali dell'anno sono comunicate dai consegnatari, entro due mesi dalla chiusura dell'esercizio finanziario, al responsabile della struttura direzionale competente per le conseguenti annotazioni nelle proprie scritture.

Articolo 61

(Ricognizione dei beni mobili)

1. Almeno ogni cinque anni si provvede alla ricognizione dei beni mobili e del loro valore ed almeno ogni dieci anni al rinnovo degli inventari.

Articolo 62

(Materiali di consumo)

1. Un dipendente responsabile provvede alla tenuta di idonea contabilità a quantità e specie per gli oggetti di cancelleria, stampati, schede, supporti meccanografici ed altri materiali di consumo.

2. Il carico di detto materiale avviene sulla base delle ordinazioni emesse dalla struttura competente alle spese di funzionamento e delle bollette di consegna dei fornitori.

3. I prelevamenti per il fabbisogno delle singole strutture direzionali sono effettuati in base alle richieste dei rispettivi responsabili.

Articolo 63

(Automezzi)

1. I consegnatari degli automezzi ne controllano l'uso accertando che:

- a) la loro utilizzazione sia regolarmente autorizzata dal responsabile che dispone il servizio;
- b) il rifornimento dei carburanti e dei lubrificanti venga effettuato mediante rilascio di appositi buoni in relazione al movimento risultante dal libretto di marcia.

2. Il consegnatario provvede, mensilmente, alla compilazione del prospetto che riepiloga le spese per il consumo dei carburanti e dei lubrificanti, per la manutenzione ordinaria e per le piccole riparazioni e lo trasmette alla struttura direzionale competente.

Articolo 64

(Materiali di scorta)

1. Per la custodia e la conservazione di materiali costituenti scorta possono essere istituiti appositi magazzini con provvedimento del Direttore.

CAPO II

CREDITI

Articolo 65

(Crediti)

1. I crediti dell'Ente riconosciuti di dubbia e difficile esazione, non potuti riscuotere nonostante l'impiego dei mezzi amministrativi o giudiziari o assolutamente inesigibili, sono annullati con decreto motivato del Direttore, previa deliberazione del Consiglio di Amministrazione, nella fase preliminare all'approvazione del rendiconto generale, sentito il responsabile del controllo interno di ragioneria e il Collegio dei Revisori, dopo l'espletamento di accertamenti in relazione alle cause ed alle eventuali responsabilità di dipendenti.

2. Per quanto non previsto dal comma 1, ed in particolare per la rinuncia ai diritti di credito di modico valore e per la disciplina dei diritti di credito derivanti dalla revoca di incentivi erogati da parte dell'Ente, trova applicazione la normativa regionale in materia.

TITOLO III CONTRATTI

CAPO I ATTIVITÀ CONTRATTUALE

Articolo 66

(Competenze in materia contrattuale)

1. La deliberazione di addvenire al contratto è di competenza del Consiglio di Amministrazione, salva diversa disposizione di legge.

2. La normativa concernente l'ordinamento dell'Ente individua gli organi competenti a stipulare e approvare il contratto.

Articolo 67

(Norme generali)

1. Ai lavori, ai servizi e alle forniture di importo superiore o pari alla soglia di rilievo comunitario si provvede in conformità alla normativa comunitaria, nazionale e regionale di recepimento.

2. Ai lavori, ai servizi e alle forniture di importo inferiore alla soglia di rilievo comunitario si provvede secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e dal presente Regolamento.

Articolo 68

(Scelta del contraente)

1. In relazione al disposto dell'articolo 67, comma 2, per la scelta del contraente può essere utilizzata una delle seguenti procedure:

- a) pubblico incanto o asta pubblica;
- b) licitazione privata;
- c) appalto concorso;
- d) trattativa privata.

2. Il ricorso alla trattativa privata, salvo diversa specifica disposizione di legge, è ammesso nei seguenti casi:

- a) quando, per qualsiasi motivo, la gara pubblica sia andata deserta;
- b) per l'acquisto di beni, la prestazione di servizi e l'esecuzione di lavori - sia all'interno sia all'estero - che una sola impresa può fornire od eseguire con i requisiti tecnici ed il grado di perfezione richiesti, nonché quando l'acquisto riguardi beni la cui produ-

zione è garantita da privativa industriale;

- c) per l'acquisto, la permuta e la locazione, attiva o passiva, di immobili, nonché per la vendita di immobili ad amministrazioni dello Stato, alle Regioni, alle Province ed ai Comuni;
- d) quando l'urgenza degli acquisti, delle vendite, dei lavori e delle forniture di beni o servizi - dovuta a circostanze imprevedibili ovvero alla necessità di far eseguire le prestazioni a spese ed a rischio degli imprenditori inadempienti - non consenta l'indugio della pubblica gara;
- e) per l'affidamento di studi, ricerche e sperimentazioni a persone o ditte aventi alta competenza tecnica o scientifica;
- f) per lavori complementari non considerati nel contratto originario e che siano resi necessari da circostanze imprevedute per l'esecuzione di lavori, a condizione che siano affidati allo stesso contraente e non possano essere tecnicamente od economicamente separabili dalla prestazione principale, ovvero, benché separabili, siano strettamente necessari per completamento dei lavori e che il loro ammontare non superi il cinquanta per cento dell'importo del contratto originario;
- g) per l'affidamento al medesimo contraente di forniture interessate al completamento, al rinnovo parziale o all'ampliamento di quelle esistenti, qualora il ricorso ad altri fornitori costringesse l'Ente ad acquistare materiale di tecnica differente il cui impiego o la cui manutenzione comporterebbe notevoli difficoltà o incompatibilità tecniche;
- h) quando trattasi di contratti di importo non superiore a L. 210.000.000, con esclusione dei casi in cui detti contratti rappresentino ripetizione, frazionamento, completamento o ampliamento di precedenti lavori, forniture o servizi.

3. Nei casi indicati alle lettere a) d) ed h) devono essere interpellate più imprese, in numero non inferiore a tre.

4. Con esclusione del caso previsto alla lettera h), la ragione per la quale si è ricorso alla trattativa privata deve risultare nella deliberazione di cui all'articolo 66.

5. I contratti di cui alla lettera c), devono essere preceduti dal parere di congruità espresso da apposita commissione nominata dal Direttore, della quale possono essere chiamati a far parte anche esponenti estranei all'Ente. Per le locazioni all'estero detto parere può essere rilasciato dalla competente rappresentanza diplomatica.

6. Il parere di cui al comma 5 non va richiesto per i contratti di locazione, il cui canone è disciplinato da disposizioni legislative.

7. È ammesso il ricorso al sistema in economia nei casi previsti dal Capo II del presente Titolo.

Articolo 69

(Criteri di aggiudicazione)

1. Le gare riguardanti i lavori, i servizi e le forniture ad asta pubblica, a licitazione privata e a trattativa privata sono aggiudicate in base ai criteri previsti dalla normativa regionale e statale in materia.

Articolo 70

(Stipulazione dei contratti)

1. Salvo il caso in cui nell'avviso d'asta o nella lettera di invito alla licitazione privata sia stabilito che il verbale di aggiudicazione tiene luogo del contratto, avvenuta l'aggiudicazione, si procede alla stipulazione del contratto entro il termine massimo di trenta giorni dalla data dell'aggiudicazione ovvero della comunicazione di essa all'impresa aggiudicataria.

2. Per la trattativa privata, la stipulazione del contratto deve aver luogo entro trenta giorni dalla data di comunicazione all'impresa dell'accettazione dell'offerta.

3. La comunicazione di cui al comma 1 e 2 ha luogo entro dieci giorni dall'aggiudicazione ovvero dall'accettazione dell'offerta.

4. Qualora l'impresa non provveda entro il termine stabilito alla stipulazione del contratto, l'Ente ha facoltà di dichiarare decaduta l'aggiudicazione ovvero l'accettazione dell'offerta, disponendo l'incameramento della cauzione provvisoria e l'eventuale richiesta del risarcimento dei danni in relazione all'affidamento ad altri della prestazione.

5. L'Ente provvede a restituire tempestivamente alle ditte o persone non aggiudicatarie i depositi cauzionali provvisori eventualmente da esse in precedenza costituiti.

Articolo 71

(Collaudo e certificazione di regolare esecuzione)

1. Tutti i lavori, le forniture e le prestazioni di servizi sono soggetti a collaudo, anche in corso d'opera, secondo le norme stabilite dal contratto, salvo quanto disposto dal comma 3.

2. I collaudatori sono nominati dal Direttore nell'ambito dei dipendenti dell'Ente tra coloro che sono in possesso della competenza tecnica specifica che la natura dell'affare richiede salvo che nell'ipotesi di carenza di organico accertata dal responsabile del procedimento.

3. Qualora l'importo dei lavori non superi L. 50.000.000 e l'importo delle forniture o dei servizi non superi L. 10.000.000, è rilasciata la certificazione di regolare esecuzione a cura di un impiegato dell'Ente nominato dal Direttore.

4. In ogni caso il collaudo o l'accertamento della regolare esecuzione non può essere effettuato dalle perso-

ne che abbiano diretto o sorvegliato i lavori o che abbiano stipulato o approvato il contratto medesimo.

Articolo 72

(Cauzione)

1. A garanzia dell'esecuzione dei contratti le ditte debbono prestare idonee cauzioni nei limiti fissati dalle normative specifiche.

2. Si può prescindere dalla cauzione qualora la ditta contraente sia di notoria solidità subordinatamente al miglioramento del prezzo, nonché per i contratti di importo non superiore a L. 50.000.000, I.V.A. esclusa.

Articolo 73

(Penalità)

1. Nel contratto devono essere previste le penalità per inadempimento o ritardo nella esecuzione del contratto.

Articolo 74

(Condizioni e clausole contrattuali)

1. I contratti devono avere termini e durata certi, e per le spese correnti, non possono superare i nove anni. Per ragioni di assoluta necessità o convenienza può essere prevista una durata superiore.

2. Nessun contratto può essere artificiosamente frazionato allo scopo di sottrarlo all'applicazione delle norme di carattere comunitario, statale o regionale.

3. Per il medesimo oggetto non possono essere stipulati più contratti se non per comprovate ragioni di necessità o di convenienza.

4. Le ragioni di necessità o di convenienza di cui ai commi 1 e 3 devono essere indicate nella deliberazione di cui all'articolo 66.

5. Nei contratti non si può convenire l'esenzione da qualsiasi specie di imposta o tassa vigente all'epoca della loro stipulazione né stipulare la corresponsione di interessi e di provvigioni a favore degli appaltatori o dei fornitori sulle somme che questi fossero obbligati ad anticipare per l'esecuzione del contratto.

6. È fatto divieto di concedere in qualsiasi forma anticipazioni del prezzo in materia di contratti di appalto di lavori, di forniture e di servizi, salvo che ciò sia espressamente previsto da specifica norma regionale di settore e salvo il caso dei contratti riguardanti attività oggetto di finanziamento da parte dell'Unione Europea.

7. I contratti stipulati con società commerciali devono contenere l'indicazione del rappresentante legale della società.

8. I pagamenti fatti alle persone autorizzate dai creditori a riscuotere per loro conto ed a rilasciare quietanza si ritengono validamente eseguiti, finché la revoca del

mandato conferito alle persone stesse non sia notificato all'Ente nelle forme di legge.

9. La notifica rimane priva di effetto per gli ordini di pagamento che risultino emessi. Tuttavia, il creditore può effettuare tale notifica al Tesoriere o all'agente incaricato di eseguire il pagamento.

CAPO II SISTEMA IN ECONOMIA

Articolo 75

(Sistema in economia)

1. I lavori, le provviste ed i servizi che possono essere eseguiti in economia sono i seguenti:

- a) acquisto, manutenzione, riparazione e adattamento di beni mobili;
- b) riparazione e manutenzione di autoveicoli ed acquisti di materiale di ricambio, combustibili, lubrificanti;
- c) illuminazione e riscaldamento di locali;
- d) pulizia, riparazione e manutenzione dei locali;
- e) montaggio e smontaggio di attrezzature mobili, trasporti, spedizioni e facchinaggi;
- f) provviste di generi di cancelleria, di stampati, di modelli, materiali per disegno e per fotografie, nonché stampa di tabulati, circolari, ecc.;
- g) abbonamenti a riviste e periodici sia su supporto cartaceo che informatico ed acquisto di libri;
- h) provviste di materiale di consumo occorrente per il funzionamento di laboratori e gabinetti scientifici, stazioni sperimentali e simili;
- i) provviste di effetti di corredo al personale dipendente;
- l) spese di rappresentanza;
- m) spese postali e telefoniche;
- n) altre attività, individuate con apposito Regolamento interno.

2. I lavori, le provviste ed i servizi di cui al comma 1 possono essere eseguiti nei limiti di somma stabiliti per ciascuna specie di spesa con regolamento interno e in ogni caso non possono eccedere annualmente, per ciascuna tipologia di spesa, la soglia di rilievo comunitario.

Articolo 76

(Esecuzione dei lavori in economia)

1. I lavori in economia di cui all'articolo 75, possono essere eseguiti:

- a) in amministrazione diretta, con materiali, utensili e mezzi propri o appositamente noleggiati e con personale dell'Ente;

- b) per cottimo fiduciario, mediante affidamento ad imprese o persone di nota capacità ed idoneità, previa acquisizione di preventivi o progetti contenenti le condizioni di esecuzione dei lavori, i relativi prezzi, le modalità di pagamento, le penalità da applicare in caso di mancata o ritardata esecuzione ed ogni altra condizione ritenuta utile dall'Ente;
- c) a regia, sotto la diretta sorveglianza di un dipendente dell'Ente formalmente incaricato, avvalendosi di un imprenditore cui spetta provvedere all'acquisto dei materiali, all'assunzione della mano d'opera ed a quanto altro occorra per l'esecuzione dei lavori anticipandone le spese.

Articolo 77

(Provviste in economia)

1. Il Direttore può incaricare un responsabile di provvedere direttamente all'acquisizione di beni o servizi per specifiche esigenze della struttura stessa.

2. Le provviste in economia possono essere eseguite previa acquisizione di almeno tre preventivi od offerte contenenti le condizioni di esecuzione, i relativi prezzi, le modalità di pagamento, le penalità da applicare in caso di ritardo o di mancata esecuzione e di ogni altra condizione ritenuta utile dall'Ente.

3. La scelta fra più preventivi deve ispirarsi ai seguenti criteri:

- a) qualità della prestazione;
- b) modalità e tempi di esecuzione;
- c) prezzo.

4. Ove la scelta non cada sul preventivo di importo inferiore, la relativa determinazione deve essere adeguatamente motivata.

5. Quando si tratti di acquisti di materiali di consumo di importo non superiore L. 3.000.000 e di immediato impiego ovvero di beni la cui produzione è garantita da privativa industriale può prescindere dalle formalità di cui al comma 2.

Articolo 78

(Casi particolari di ricorso al sistema in economia)

1. Possono essere eseguiti in economia, nei limiti di importo di cui all'articolo 75:

- a) le provviste ed i lavori nel caso di rescissione e risoluzione di un contratto, quando ciò sia ritenuto necessario e conveniente per assicurare l'esecuzione nel tempo previsto dal contratto rescisso;
- b) le provviste ed i lavori suppletivi, di completamento od accessori non previsti da contratti in corso di esecuzione e per i quali l'Ente non può avvalersi della facoltà di imporne l'esecuzione;
- c) i lavori di completamento e riparazione in dipendenza di deficienza o di danni constatati dai collaudatori

- e per i quali siano state effettuate le corrispondenti detrazioni agli appaltatori o ditte;
- d) le operazioni di sdoganamento di materiali importati e relative assicurazioni.

Articolo 79

(Spese di rappresentanza)

1. Le spese di rappresentanza possono essere disposte unicamente per concrete ed obiettive esigenze di rappresentanza dell'Ente nei confronti di soggetti estranei al medesimo, conformi alle finalità istituzionali.

2. Le spese di rappresentanza devono far carico ad un apposito capitolo.

3. Le spese devono essere supportate da idonea documentazione giustificativa e documentate nei modi previsti dall'articolo 29; l'esposizione delle spese nei rendiconti avviene in maniera analitica, non globale o forfetaria, per evidenziare precisi riferimenti soggettivi, temporali e modali che consentano un'adeguata valutazione della rispondenza ai fini pubblici delle spese.

TITOLO IV DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I SCRITTURE CONTABILI

Articolo 80

(Scritture finanziarie e patrimoniali)

1. Le scritture finanziarie relative alla gestione del bilancio e del documento tecnico devono consentire di rilevare per ciascuna unità previsionale di base e ciascun capitolo, sia per la competenza, sia, separatamente, per i residui, la stipulazione degli accertamenti di entrata e degli impegni di spesa a fronte dei relativi stanziamenti, nonché la situazione delle somme riscosse e pagate e di quelle rimaste da riscuotere e da pagare.

2. Le scritture patrimoniali devono consentire la dimostrazione a valore del patrimonio all'inizio dell'esercizio finanziario, le variazioni intervenute nel corso dell'anno per effetto della gestione del bilancio e per altre cause, nonché la consistenza del patrimonio alla chiusura dell'esercizio.

Articolo 81

(Sistema di scritture)

1. Ciascun Ente deve tenere le seguenti scritture:

- a) un partitario degli accertamenti, contenente lo stanziamento iniziale e le variazioni successive, le somme accertate, quelle riscosse e quelle rimaste da riscuotere per ciascuna unità previsionale e ciascun capitolo d'entrata;

- b) un partitario degli impegni, contenente lo stanziamento iniziale e le variazioni successive, le somme impegnate, quelle pagate e quelle rimaste da pagare per per ciascuna unità previsionale e ciascun capitolo di spesa;
- c) un partitario dei residui, contenente, per ciascuna unità previsionale, per capitolo e per esercizio di provenienza, la consistenza dei residui all'inizio dell'esercizio, le somme riscosse o pagate, le somme rimaste da riscuotere o da pagare;
- d) il giornale cronologico delle ordinativi e dei titoli emessi;
- e) il registro degli inventari, contenente la descrizione, la valutazione dei beni dell'Ente all'inizio dell'esercizio, le variazioni intervenute nelle singole voci nel corso dell'esercizio per effetto della gestione del bilancio o per altre cause (ammortamenti, deperimenti, sopravvenienze, insussistenza, ecc.) nonché la consistenza alla chiusura dell'esercizio.

Articolo 82

(Sistemi di elaborazione automatica dei dati)

1. Per la tenuta delle scritture finanziarie e patrimoniali gli enti possono avvalersi, in relazione alle effettive esigenze, di sistemi di elaborazione automatica dei dati ai fini delle semplificazioni delle procedure e della migliore produttività dei servizi.

CAPO II

RESPONSABILITÀ DEGLI AMMINISTRATORI E DEI CAPI DEGLI UFFICI DEGLI ENTI

Articolo 83

(Obbligo di denuncia)

1. Gli amministratori ed i responsabili delle strutture che vengono a conoscenza, direttamente o a seguito di rapporto cui siano tenuti i titolari degli uffici ad essi sottoposti, di fatti dannosi per la finanza pubblica che siano imputabili agli amministratori o a dipendenti dell'Ente, debbono farne tempestiva denuncia, dopo aver compiuto gli accertamenti amministrativi al riguardo, indicando tutti gli elementi raccolti per l'accertamento delle responsabilità e per la determinazione dei danni, alla competente Procura regionale della Corte dei Conti.

TITOLO V

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

CAPO I DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Articolo 84

(Applicazione)

1. Il presente decreto trova applicazione, per quanto

attiene alle disposizioni sulla formazione e la gestione del bilancio di previsione e del rendiconto generale, a decorrere dal bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e dal bilancio per l'anno 2001.

Articolo 85

(Riclassificazione dei residui attivi e passivi e delle somme trasferite)

1. In sede di prima applicazione del presente Regolamento al bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 ed al bilancio per l'anno 2001, i residui attivi e passivi sono riclassificati in base alla nuova classificazione prevista nel bilancio di previsione.

2. Le quote degli stanziamenti delle spese in conto capitale, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario relativo al 2000, sono trasferite al bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e per l'anno 2001 secondo la procedura prevista dall'articolo 21, comma 2, ove occorra provvedendo alla loro riclassificazione.

Articolo 86

(Residui di stanziamento)

1. In fase di prima applicazione del presente Regolamento, i residui di stanziamento formati ai sensi degli articoli 16, comma 4, e 36, comma 4, del D.P.G.R. 12 settembre 1986, n. 0417/Pres. sono trasferiti, quali somme a destinazione vincolata, al bilancio di previsione per gli anni 2001-2003 e per l'anno 2001, secondo la procedura prevista dall'articolo 21, comma 4.

Articolo 87

(Concessione di anticipazioni sul prezzo)

1. I vincoli alla concessione di anticipazioni sul prezzo di cui all'articolo 74, comma 6, non si applicano ai contratti già aggiudicati alla data del 29 marzo 1997.

CAPO II

DISPOSIZIONI TRANSITORIE CONSEGUENTI ALL'INTRODUZIONE DELL'EURO

Articolo 88

(Adempimenti conseguenti all'introduzione dell'Euro)

1. In esecuzione delle disposizioni comunitarie e nazionali relative al passaggio alla moneta unica Europea, sino al 31 dicembre 2001:

- a) la contabilità viene tenuta in lire;
- b) la predisposizione del bilancio di previsione e del rendiconto viene effettuata in lire;
- c) l'Ente deve individuare i documenti contabili, riferiti agli esercizi finanziari sino al 31 dicembre 2001, per i quali vanno indicati in appositi allegati gli importi riassuntivi in Euro;

- d) gli estratti dei bilanci di previsione, dei rendiconti generali e delle variazioni di bilancio devono essere prodotti anche in Euro.

Articolo 89

(Pagamenti e versamenti in Euro ed attività contrattuale)

1. Nel periodo transitorio di introduzione della moneta unica Europea i creditori possono, a richiesta, ottenere i pagamenti in Euro ed i debitori possono effettuare in Euro i versamenti, qualora le operazioni di pagamento e versamento non avvengano in contanti.

2. Nell'ambito di ogni singola obbligazione pecuniaria la richiesta di utilizzo dell'Euro quale mezzo di adempimento si intende riferita a tutti i pagamenti o versamenti, successivi alla richiesta, inerenti alla medesima obbligazione, e rimane ferma fino all'estinzione di quest'ultima.

3. Trova applicazione la normativa statale intesa ad adeguare la disciplina in materia di stipula e di esecuzione dei contratti delle pubbliche amministrazioni per appalti di lavori, forniture e servizi alle esigenze derivanti dall'introduzione dell'Euro, con particolare riguardo alle disposizioni concernenti, nei casi di procedure di gara comunitarie, la redazione dei bandi di gara, degli avvisi, delle lettere di invito e comunque degli altri atti preliminari dichiarativi dell'oggetto e delle condizioni del contratto con l'indicazione del valore della prestazione espresso in lire e in Euro, e la garanzia per il privato contraente della facoltà di esprimere in lire o in Euro la propria offerta.

CAPO III

DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 90

(Abrogazioni)

1. È abrogato il Decreto del Presidente della Giunta 12 settembre 1986, n. 0417/Pres., e successive modificazioni ed integrazioni, eccezion fatta per le disposizioni relative alle materie indicate all'articolo 84 del presente Titolo, che restano in vigore limitatamente all'esercizio finanziario 2000.

Articolo 91

(Rinvio alle norme di contabilità generale dello Stato)

1. Per quanto non previsto dalle disposizioni del presente Regolamento, si applicano, in quanto compatibili, le norme della legge e del regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato.

VISTO: IL PRESIDENTE: ANTONIONE

ALLEGATO A)

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI			CASSA (R+C)
			2000	2001	2002	
				2001 (C)	2002	
denominazione						
Avarzo di amministrazione presunto Fondo iniziale di cassa						
TITOLO I						
ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRIENTI						
CATEGORIA I						
TRASFERIMENTI DA PARTE DELLO STATO						
.....						
Totale categoria I						
CATEGORIA II						
TRASFERIMENTI DA PARTE DELLA REGIONE						
.....						
Totale categoria II						
CATEGORIA III						
TRASFERIMENTI DA PARTE DEI COMUNI E DELLE PROVINCE						
.....						
Totale categoria III						

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	denominazione	Riesultati attivi presunti (R)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI			CASSA (R+C)
				2000	2001	2002	
					2001 (C)	2002	
	CATEGORIA IV TRASFERIMENTI DA PARTE DI ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO						
	Totale categoria IV						
	TOTALE TITOLO II						
	TITOLO II						
	ALTRE ENTRATE						
	CATEGORIA V						
	ENTRATE DERIVANTI DALLA VENDITA DI BENI E DALLA PRESTAZIONE DI SERVIZI						
	Totale categoria V						
	CATEGORIA VI						
	REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI						
	Totale categoria VI						
	CATEGORIA VII						
	POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI						
	Totale categoria VII						

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Residui attivi previdenti (F)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI			CASSA (R+C)
			2000	2001	2002	
				2001 (C)	2002	
determinazioni CATEGORIA VIII ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI Totale categoria VIII TOTALE TITOLO III TOTALE ENTRATE CORRENTI TITOLO III ENTRATE PER ALIENAZIONE DI BENI PATRIMONIALI E RISCOSSIONE DI CREDITI CATEGORIA IX ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI Totale categoria IX CATEGORIA X ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE Totale categoria X CATEGORIA XI REALIZZO DI VALORI MOBILIARI Totale categoria XI						

**STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE**

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	denominazione	Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI			CASSA (R+C)
				2000	2001	2002	
					2001 (C)	2002	
	CATEGORIA XII RISCOSSIONI DI CREDITI						
	Totale categoria XII						
	TOTALE TITOLO III						
	TITOLO IV ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE						
	CATEGORIA XIII TRASFERIMENTI DALLLO STATO						
	Totale categoria XIII						
	CATEGORIA XIV TRASFERIMENTI DALLA REGIONE						
	Totale categoria XIV						
	CATEGORIA XV TRASFERIMENTO DA COMUNI E PROVINCE						
	Totale categoria XV						

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Resti di anni precedenti (R)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000	2001	2002	2003	
				2001 (C)	2002	2003	
denominazione							
CATEGORIA XVI TRASFERIMENTI DA ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO							
Totale categoria XVI							
TOTALE TITOLO IV							
TITOLO V ACCENSIONE DI PRESTITI							
CATEGORIA XVII ASSUNZIONI DI MUTUI							
Totale categoria XVII							
CATEGORIA XVIII ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
Totale categoria XVIII							
TOTALE TITOLO V							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Residui attivi presunti (P)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI			CASSA (R+C)
			2000	2001 2001 (C)	2002 2002	
denominazione						
RIPILOGO DEI TITOLI						
TITOLO I						
TITOLO II						
TITOLO III						
TITOLO IV						
TITOLO V						
TOTALE DELLE ENTRATE						
Averzo di amministrazione						
Fondo iniziale di cassa						
TOTALE GENERALE ENTRATE EFFETTIVE						

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000	2001	2001 (C)	2002	
denominazione							
TOTALE DELLE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

UNITA' PREVISIONALE DI BASE	Residui anni presunti (F)	TRIENNIO 2000-2002 2001-2003	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000	2001 2001 (C)	2002	2003	
denominazione							
RIASSUNTO GENERALE							
TOTALE DELLE ENTRATE EFFETTIVE							
TOTALE DELLE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO							
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE							

ALLEGATO B)

**TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO O DISAVANZO DI AMMINISTRAZIONE
PRESUNTO AL TERMINE DELL'ESERCIZIO**

Fondo di cassa all'inizio dell'esercizio	.....
Residui attivi all'inizio dell'esercizio	.....	+
Residui passivi all'inizio dell'esercizio	.....	-
Avanzo o disavanzo di amministrazione dell'esercizio in corso	.....
Variatione nei residui attivi:		
- già verificatesi durante l'esercizio in corso	.....
- presunte per il restante periodo dell'esercizio	.....
Variatione nei residui passivi:		
- già verificatesi durante l'esercizio in corso	.....
- presunte per il restante periodo dell'esercizio	.....
Entrate:		
- già accertate durante l'esercizio in corso	.....
- presunte per il restante periodo dell'esercizio	.....
Spese (ivi comprese le somme trasferite all'esercizio in corso):		
- già impegnate durante l'esercizio in corso	.....
- presunte per il restante periodo dell'esercizio	.....
Somme trasferite al bilancio dell'esercizio successivo	.....
Avanzo (o disavanzo) da applicare al bilancio dell'esercizio successivo	.....
TOTALE	.....
L'utilizzazione dell'avanzo di amministrazione risulta così prevista:		
cap.	L.	
cap.	L.	
cap.	L.	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
5 maggio 2000, n. 1241.

D.M. 14 dicembre 1994. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Approvazione del tariffario regionale per il 2000.

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, 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 e del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di tariffe ospedaliere;

RICHIAMATA la deliberazione giuntale del 15 gennaio 1999, n. 32, con la quale è stato approvato il tariffario regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera, inerente al 1999;

VISTA la deliberazione giuntale del 17 dicembre 1999, n. 3912 - registrata alla Corte dei Conti il 31 gennaio 2000 (atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, registro 1, foglio 42) - con cui sono state approvate le «Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2000», che stabiliscono, tra l'altro, le regole per il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

RITENUTO di mantenere invariata, per il 2000, 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 A);

Fascia B - Altre strutture non rientranti nella fascia precedente (allegato B).

ATTESO che la revisione ed approvazione di un nuovo tariffario regionale a valere per il 2000 è necessaria al fine di rendere coerente il sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera con le regole di finanziamento definite per l'anno 2000 e con il numero di ricoveri attesi come previsto dal Piano di intervento a medio termine (PIMT) 2000-2002 approvato con deliberazione giuntale del 10 dicembre 1999, n. 3854;

RAVVISATA l'opportunità:

- di introdurre ulteriori Diagnosis Related Groups (D.R.G.) in degenza breve;
- di ridefinire la tariffa dei D.R.G. in degenza breve, che dal 70% passa al 100% del ricovero ordinario (allegato 5);

- di introdurre alcune prestazioni, oggetto di remunerazione aggiuntiva extra-tariffa D.R.G., correlate a prestazioni di assistenza ospedaliera, per le quali i criteri di finanziamento sono riportati nell'allegato 7;

RITENUTO di confermare:

- i criteri utili alla valorizzazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza (allegato 6) per i quali il valore soglia è determinato in 40 giorni, con abbattimento della tariffa giornaliera al 60% per i giorni di degenza riabilitativa superiori al 40° giorno;
- la valorizzazione dei ricoveri ordinari di una sola giornata (inferiori alle 24 ore), nel caso di trasferimento ad altro istituto di ricovero o di decesso del paziente, che è pari a due volte la tariffa per i ricoveri di un giorno;

RITENUTO, altresì, di valorizzare l'attività di ricovero, per l'anno 2000, come segue:

- a) agli accolti dopo l'1 gennaio 1996 e dimessi dall'1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2000 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 lire 365.000;
- b) agli accolti prima dell'1 gennaio 1996 e dimessi dall'1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2000 si applicano le tariffe di cui al presente atto, a far data dal 1° gennaio 1996 secondo i criteri di cui al precedente punto a);

PRECISATO che i ricoveri erogati nell'anno 2000 e valorizzati secondo il criterio di cui ai precedenti punti a) e b), ai fini della definizione del finanziamento alle strutture erogatrici, rientrano nel calcolo dei tetti afferenti all'esercizio contabile 2000;

RITENUTO, coerentemente con le disposizioni impartite per gli anni precedenti, di applicare anche all'anno 2000 il seguente criterio di recupero mensile delle Schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.) non inserite:

- per ciascun mese dell'anno vengono recuperate le S.D.O. non inserite entro i 30 giorni dalla dimissione, nella misura massima dell'1% dei dimessi nel mese considerato. Tali S.D.O. vengono valorizzate alla tariffa media calcolata sulle stesse S.D.O. non inserite nel mese considerato;

STABILITO che le tariffe, di cui al presente atto, sono applicate ai ricoveri erogati ad utenti regionali ed extra-regionali, salvo, per questi ultimi, diversa disposizione circa il recepimento delle intese interregionali riguardanti l'adozione della tariffa unica di cui al decreto ministeriale 30 giugno 1997 ai soli fini della valorizzazione e della produzione degli addebiti attraverso il meccanismo della compensazione della mobilità sanitaria;

RITENUTO, in base a quanto fin qui esposto, di approvare il tariffario regionale, per le prestazioni di assistenza ospedaliera da applicare a partire dall'1 gennaio 2000, come risulta dagli allegati 1 e 2, di fascia A, dagli allegati 3 e 4, di fascia B, e dagli allegati 5 - 6 e 7, facenti parte integrante della presente deliberazione;

SU PROPOSTA dell'Assessore regionale alla Sanità e alle Politiche Sociali, 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 A e B facenti parte integrante del presente provvedimento.
2. Di approvare, per i motivi esposti in narrativa, il tariffario regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera per il 2000 come risulta dagli allegati 1 e 2, di fascia A, dagli allegati 3 e 4, di fascia B, e dagli allegati 5 - 6 e 7, facenti parte integrante del presente provvedimento.
3. Di valorizzare l'attività di ricovero per l'anno 2000 sulla base degli accoglimenti e delle dimissioni dei pazienti come temporalmente indicati nella parte narrativa del presente atto che qui s'intende integralmente richiamata.
4. Di applicare, anche nel 2000, il criterio del recupero mensile fino all'1% delle Schede di dimissioni ospedaliere (S.D.O.) non inserite in termini, con le modalità specificamente indicate nelle premesse che qui vengono integralmente richiamate.
5. Di stabilire che il tariffario, approvato con la presente deliberazione, si applica anche ai ricoveri erogati ad utenti residenti fuori regione, salvo, per essi, il recepimento delle intese interregionali sull'adozione della tariffa unica, di cui al decreto ministeriale 30 giugno 1997, ai soli fini della valorizzazione e produzione degli addebiti tramite il meccanismo della compensazione finanziaria della mobilità sanitaria interregionale.
6. A decorrere dal 1° gennaio 2000 il predetto tariffario sostituisce il precedente, approvato con deliberazione giunta del 15 gennaio 1999, n. 32.
7. Il presente provvedimento, corredato dagli allegati

A, B, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VICEPRESIDENTE: CIANI
IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO A

Elenco strutture di Fascia A

Ospedali Riuniti	Trieste
Burlo Garofolo	Trieste
Santa Maria della Misericordia	Udine
Policlinico Universitario	Udine
Centro Riferimento Oncologico	Aviano
Vittorio Emanuele	Gorizia
Ospedale Civile Monfalcone	Monfalcone
Sant'Antonio Abate	Tolmezzo
San Michele	Gemona Del Friuli
Santa Maria dei Battuti	Cividale del Friuli
Sant'Antonio	San Daniele del Friuli
Palmanova	Palmanova
Latisana	Latisana
Santa Maria dei Battuti	San Vito al Tagliamento
Immacolata Concezione	Maniago
San Giovanni dei Battuti	Spilimbergo
Santa Maria degli Angeli	Pordenone
Sacile	Sacile

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO B

Elenco strutture di Fascia B

Gervasutta	Udine
C.d.C. Sanatorio Triestino	Trieste
C.d.C. Salus	Trieste
Pineta del Carso S.p.A. - C.d.C.	Duino-Aurisina (Trieste)
C.d.C. Città di Udine	Udine
C.d.C. «San Giorgio»	Pordenone

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI BROGGIATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
1	1 C CRANIOTOMIA ETA > 17, ECCEPTE PER TRAUMATISMO	19.067	612	57	521
2	1 C CRANIOTOMIA ETA > 17 PER TRAUMATISMO	17.229	930	34	611
3	1 C CRANIOTOMIA ETA < 18	17.866	588	54	611
4	1 C INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	12.967	303	47	331
5	1 C INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	9.349	688	31	390
6	1 C DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	3.090	3.090	11	560
7	1 C INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	14.539	526	83	419
8	1 C INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5.995	591	25	344
9	1 M MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	10.664	554	41	461
10	1 M NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	9.936	572	63	494
11	1 M NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	6.900	535	50	451
12	1 M MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	8.132	469	48	403
13	1 M SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	5.367	461	43	409
14	1 M MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE AITACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	7.917	483	52	396
15	1 M ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	4.961	469	24	399
16	1 M MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	7.935	509	41	418
17	1 M MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	5.696	448	37	269
18	1 M MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	6.561	499	37	411
19	1 M MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	5.028	483	33	367
20	1 M INFIEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE MENINGITE VIRALE	11.043	645	55	368
21	1 M MENINGITE VIRALE	6.124	491	31	246
22	1 M ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	6.739	507	31	437
23	1 M STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	5.578	471	41	344
24	1 M CONVULSIONI E CEFALEA ETA > 17 CON CC	5.418	549	31	428
25	1 M CONVULSIONI E CEFALEA ETA > 17 SENZA CC	4.131	495	25	315
26	1 M CONVULSIONI E CEFALEA ETA < 18	3.486	612	19	526
27	1 M STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	9.108	639	37	493
28	1 M STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA > 17 CON CC	8.496	622	31	512
29	1 M STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA > 17 SENZA CC	4.336	538	14	447
30	1 M STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA < 18	4.219	457	25	637
31	1 M COMA/COMAZIONE CEREBRALE, ETA > 17 CON CC	2.841	738	7	591
32	1 M COMA/COMAZIONE CEREBRALE, ETA > 17 SENZA CC	2.826	732	11	344
33	1 M COMA/COMAZIONE CEREBRALE, ETA < 18	2.233	848	7	679
34	1 M ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	8.660	582	49	512
35	1 M ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	5.696	503	41	429
36	2 C INTERVENTI SULLA RETINA	5.753	554	24	373
37	2 C INTERVENTI SULL'ORBITA	6.786	1.086	28	468

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Imposti in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
38 2 C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	3.946	505	17	459
39 2 C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3.785	3.785	14	490
40 2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRACUCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' > 17	2.932	627	11	527
41 2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRACUCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' < 18	2.677	1.020	7	530
42 2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	4.926	601	21	396
43 2 M	IFEMA	2.331	486	14	359
44 2 M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	4.811	495	27	306
45 2 M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	4.521	599	25	498
46 2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	5.024	579	29	489
47 2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	3.800	537	23	455
48 2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	3.303	640	15	569
49 3 C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	14.094	347	71	394
50 3 C	SIALOADENECTOMIA	5.447	577	24	490
51 3 C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCEPTE SIALOADENECTOMIA	4.775	587	17	445
52 3 C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCISSI E DI PALATOSCHISSI	4.803	497	18	425
53 3 C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	4.510	4.510	17	394
54 3 C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	4.315	4.215	21	323
55 3 C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	4.030	4.030	14	445
56 3 C	RINOPLASTICA	3.550	668	14	425
57 3 C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA EO ADENOIDEI ETA' > 17	2.988	2.988	11	378
58 3 C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA EO ADENOIDEI ETA' < 18	2.826	2.826	5	508
59 3 C	TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	2.095	2.095	7	351
60 3 C	TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.361	1.361	5	457
61 3 C	ADENOIDECTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	4.763	4.763	15	733
62 3 C	ADENOIDECTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.722	2.722	7	594
63 3 C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	6.557	625	24	410
64 3 M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	7.098	572	37	460
65 3 M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	3.870	495	24	431
66 3 M	EPISTASSI	3.244	556	17	342
67 3 M	EPILOTTIDITE	3.614	723	17	527
68 3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	5.066	542	27	489
69 3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.620	485	17	425
70 3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	2.747	532	11	376
71 3 M	LARINGOTRACHEITE	3.371	523	11	500
72 3 M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	3.978	747	14	575
73 3 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	4.319	627	17	521
74 3 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	2.789	732	7	554

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(tempori in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di via giorno	Valore soglia	Incremento pro die	
75	4C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	14.788	667	48	443
76	4C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	14.004	549	64	431
77	4C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	5.406	460	43	411
78	4M	EMBOLIA POLMONARE	8.664	485	35	413
79	4M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	13.456	469	79	408
80	4M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	9.813	408	92	375
81	4M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	8.708	638	41	387
82	4M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	7.686	521	47	339
83	4M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	4.876	575	24	456
84	4M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	2.965	535	17	441
85	4M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	8.814	505	51	460
86	4M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	7.750	490	48	281
87	4M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	6.379	546	31	433
88	4M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	5.818	414	31	364
89	4M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	8.004	484	38	425
90	4M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	5.340	391	31	251
91	4M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	3.927	489	17	448
92	4M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	9.477	466	44	408
93	4M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	6.299	443	39	396
94	4M	PNEUMOTORACE, CON CC	8.650	513	41	441
95	4M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	4.548	434	24	373
96	4M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	4.788	445	28	386
97	4M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	3.758	396	27	263
98	4M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	3.101	509	17	469
99	4M	SIBINI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	5.193	441	41	292
100	4M	SIBINI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	3.853	409	37	217
101	4M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	6.041	560	34	472
102	4M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	3.627	519	25	451
103	5C	TRAPIANTO CARDIACO	100.253	1.877	70	1.166
104	5C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATEETERISMO CARDIACO	36.856	2.069	48	1.360
105	5C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATEETERISMO CARDIACO	31.242	1.412	38	631
106	5C	BYPASS CORONARICO CON CATEETERISMO CARDIACO	31.455	2.008	52	1.320
107	5C	BYPASS CORONARICO SENZA CATEETERISMO CARDIACO	26.035	1.043	29	575
108	5C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	22.911	1.235	32	753
110	5C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	20.354	955	61	370
111	5C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	12.601	652	45	466
112	5C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	12.497	12.497	24	705

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricovero ordinario	Ricovero di un giorno	Valore soglia	Indennizzato per die
113	5C AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEPTE AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	19.055	578	87	432
114	5C AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	12.992	460	82	476
115	5C IMPIANTO PACEMAKER PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	21.335	21.335	41	481
116	5C ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEBRILLATORE AUTOMATICO (ACCU) O DI GENERATORE DI IMPULSI	13.998	13.998	34	730
117	5C REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCEPTE SOSTITUZIONE	9.825	9.825	28	602
118	5C SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	13.018	13.018	32	523
119	5C LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.828	3.828	14	494
120	5C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	13.362	709	65	630
121	5M MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	9.848	596	32	479
122	5M MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	7.842	591	26	472
123	5M MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	7.079	878	27	616
124	5M MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPTE INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATEETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	7.303	7.303	37	728
125	5M MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPTE INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATEETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	3.503	3.503	14	497
126	5M ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	16.854	530	98	453
127	5M INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	6.234	480	34	401
128	5M TROMBOFILIE DELLE VENE PROFONDE	5.302	425	31	371
129	5M ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	7.108	503	48	431
130	5M MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	8.148	668	56	405
131	5M MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	4.926	456	39	399
132	5M ATROSCLEROSI, SENZA CC	6.113	502	34	305
133	5M IPERTENSIONE	4.399	466	34	281
134	5M MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	4.064	472	27	298
135	5M MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	6.133	533	34	431
136	5M MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	4.204	481	33	424
137	5M MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	6.454	936	19	718
138	5M ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	6.518	648	31	560
139	5M ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	3.820	491	25	422
140	5M ANGENA PECTORIS	4.984	497	24	425
141	5M SINCOPE E COLLASSO, CON CC	4.873	531	27	316
142	5M SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	3.697	469	21	288
143	5M DOLORE TORACICO	4.526	771	19	683
144	5M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	7.953	579	37	474
145	5M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	5.414	508	41	441
146	6C RESEZIONE RETTALE, CON CC	16.848	536	66	432
147	6C RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	11.768	464	54	396
148	6C INTERVENTI MAIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	17.722	587	65	480
149	6C INTERVENTI MAIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	10.359	456	49	300

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Reperori da un giorno	Valore soglia	Incasso medio per die
150	6	C	LISTI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	11.181	641	41	481
151	6	C	LISTI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	6.005	526	26	380
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	10.041	660	48	420
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	7.041	572	34	403
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 CON CC	20.489	786	67	545
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 SENZA CC	9.864	500	44	375
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ < 18	9.463	583	24	484
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	6.965	527	34	441
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	3.567	491	17	456
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEZIONE INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 CON CC	9.879	9.879	44	396
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEZIONE INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	4.821	4.821	27	390
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 CON CC	5.762	5.762	27	464
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	3.733	3.733	14	419
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETÀ < 18	2.672	2.672	7	593
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	8.684	896	28	469
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	4.516	617	12	448
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	6.275	581	22	456
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	3.289	570	12	375
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	7.333	7.333	45	398
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	5.025	5.025	25	395
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	14.267	704	64	491
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	7.915	650	44	431
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	7.953	546	53	479
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	7.333	541	51	438
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	7.243	335	37	427
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	4.326	465	27	389
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	5.830	545	31	433
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	5.889	450	34	373
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	4.011	434	27	274
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	6.581	498	38	423
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	5.583	519	34	432
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	3.614	450	24	274
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 CON CC	5.025	478	31	304
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 SENZA CC	3.513	460	25	300
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ < 18	2.543	538	11	444
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEZIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ > 17	3.937	627	23	478
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEZIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ < 18	3.216	587	15	513

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Espresso in migliaia di lire)

DMO	DMC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
187	3 M		ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	3.340	749	11	512
188	6 M		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	6.684	541	39	441
189	6 M		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	3.720	505	21	431
190	6 M		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	3.294	559	15	491
191	7 C		INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	23.818	897	71	536
192	7 C		INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	14.728	566	59	433
193	7 C		INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEP TO COLICISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	17.690	606	62	471
194	7 C		INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEP TO COLICISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	13.216	471	37	470
195	7 C		COLICISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	13.990	570	50	418
196	7 C		COLICISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	9.133	420	46	276
197	7 C		COLICISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	10.201	536	48	405
198	7 C		COLICISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	5.668	5.668	27	392
199	7 C		PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	13.287	512	61	335
200	7 C		PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	12.564	518	45	565
201	7 C		ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	17.117	392	86	652
202	7 M		CIBROSII E EPATITE ALCOOLICA	8.256	644	41	500
203	7 M		NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	7.095	552	51	442
204	7 M		MALATTIE DEL PANCREAS ECCEP TO NEOPLASIE MALIGNI	6.645	489	37	410
205	7 M		MALATTIE DEL FEGATO ECCEP TO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSIS EPATITE ALCOOLICA CON CC	7.600	550	42	489
206	7 M		MALATTIE DEL FEGATO ECCEP TO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSIS EPATITE ALCOOLICA, SENZA CC	4.422	546	41	439
207	7 M		MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	6.008	512	37	392
208	7 M		MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	4.512	462	31	315
209	8 C		INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REDIMANTI DI ARTI INFERIORI	16.081	542	42	384
210	8 C		INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 CON CC	15.288	484	62	362
211	8 C		INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC	8.600	476	37	357
212	8 C		INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	11.043	639	41	549
213	8 C		AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	11.803	502	82	320
214	8 C		INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	13.847	488	57	396
215	8 C		INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	6.613	6.613	34	301
216	8 C		NEOPLASIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	9.487	630	37	606
217	8 C		NEOPLASIE MALIGNI DEL TESSUTO CONNETTIVO	16.483	758	49	513
218	8 C		INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 CON CC	11.392	556	48	375
219	8 C		INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	5.580	5.580	31	354
220	8 C		INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	5.145	5.145	24	411
221	8 C		INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	8.759	8.759	42	387
222	8 C		INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	5.550	5.550	21	368
223	8 C		INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	4.822	4.822	24	366

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI FROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importo in migliaia di lire)

DROG MEDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri cristallini	Ricoveri di un giorno	Valore teglia	Incremento per die
224	8C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	4.115	4.115	21	378
225	8C	INTERVENTI SUL PIEDE	4.589	4.589	21	458
226	8C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	9.225	464	42	411
227	8C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	3.952	582	17	408
228	8C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULL'E ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	4.394	652	21	467
229	8C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	3.086	3.086	11	394
230	8C	RESECCIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMODIOLARE DI ANCA E FEMORE	4.655	4.655	21	304
231	8C	RESECCIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMODIOLARE ECCEETTO ANCA E FEMORE	4.694	4.694	17	465
232	8C	ARTROSCOPIA	3.984	3.984	14	392
233	8C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	14.075	699	47	508
234	8C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	6.668	497	42	414
235	8M	FRATTURE DEL FEMORE	7.814	578	50	502
236	8M	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	7.852	592	51	530
237	8M	DESTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	4.102	500	33	414
238	8M	OSTEOMIELE	8.660	550	51	286
239	8M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	6.753	585	37	481
240	8M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	9.523	535	47	349
241	8M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	6.087	486	50	287
242	8M	ARTRITE SETTICA	8.134	608	60	311
243	8M	APREZIONI MEDICHE DEL DORSO	4.388	488	31	265
244	8M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	5.989	579	37	268
245	8M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	4.253	474	39	208
246	8M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	4.515	464	39	248
247	8M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	3.863	507	41	288
248	8M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	3.999	493	32	419
249	8M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.965	665	15	450
250	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	4.362	923	25	351
251	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	3.002	674	11	350
252	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	2.118	738	4	493
253	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	4.822	646	31	394
254	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEETTO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.875	471	15	292
255	8M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEETTO PIEDE, ETA' <18	2.836	725	11	415
256	8M	ALTRI DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3.501	563	25	354
257	9C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	3.854	445	38	401
258	9C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	5.725	504	29	384
259	9C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	3.687	556	37	366
260	9C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	4.802	4.802	24	318

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importo in migliaia di lire)

DRO, MED, TIPO	DESCRIZIONE	Risorse ordinarie	Racconti di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die	
261	9C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEPTE BIOPSIA E ESCISIONE LOCALE	5.077	5.877	17	466
262	9C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	3.213	671	11	497
263	9C	TRASFUSIONI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	14.047	364	97	268
264	9C	TRASFUSIONI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	8.281	400	72	240
265	9C	TRASFUSIONI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	9.716	497	43	427
266	9C	TRASFUSIONI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	5.396	503	25	331
267	9C	INTERVENTI PER ANALI E PILOIDALI	4.084	508	21	433
268	9C	CHERURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	4.305	399	19	437
269	9C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	8.321	728	48	507
270	9C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	3.537	366	19	431
271	9M	ULCERE DELLA PELLE	8.819	422	61	367
272	9M	MALATTIE MAGGiori DELLA PELLE CON CC	7.590	360	44	456
273	9M	MALATTIE MAGGiori DELLA PELLE SENZA CC	5.535	443	38	408
274	9M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	9.116	646	59	317
275	9M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	6.066	538	27	323
276	9M	PAIOLOCIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	2.774	528	19	425
277	9M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	6.825	464	37	267
278	9M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	4.046	441	28	263
279	9M	CELLULITE ETA' < 18	3.090	346	14	498
280	9M	TRAUME DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 CON CC	3.884	665	25	540
281	9M	TRAUME DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 SENZA CC	3.244	633	15	522
282	9M	TRAUME DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' < 18	1.851	1.016	7	467
283	9M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	5.819	497	34	286
284	9M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	3.440	472	27	424
285	10C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	19.470	354	104	263
286	10C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	14.153	541	38	521
287	10C	TRASFUSIONI CUTANEE E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	12.884	400	69	340
288	10C	INTERVENTI PER OBESITA'	7.205	827	41	367
289	10C	INTERVENTI SULLE PARATIROI	7.209	464	28	471
290	10C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	5.032	5.032	21	333
291	10C	INTERVENTI SUL DOITO TIREOGLOSSO	2.682	599	14	404
292	10C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	15.720	1.099	65	683
293	10C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	10.168	1.884	43	259
294	10M	DIABETE ETA' > 35	5.211	452	34	274
295	10M	DIABETE ETA' < 36	4.416	613	32	522
296	10M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	6.680	508	41	456
297	10M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	5.159	484	39	408

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

ORG/MEDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri cubitari	Ricoveri di un giorno	Valore paglia	Incremento pro die
298	10 M DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	3.099	500	15	409
299	10 M DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	5.662	667	27	466
300	10 M MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	6.759	563	42	466
301	10 M MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	3.908	563	32	314
302	11 C TRAPIANTO RENALE	73.887	2.139	62	1.501
303	11 C INTERVENTI SU RENDE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIA, PER NEOPLASIA	14.563	559	58	367
304	11 C INTERVENTI SU RENDE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIA, NON PER NEOPLASIA, MALIGNA CON CC	13.324	578	51	435
305	11 C INTERVENTI SU RENDE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	9.792	9.792	37	443
306	11 C PROSTATECTOMIA, CON CC	9.037	443	44	499
307	11 C PROSTATECTOMIA, SENZA CC	5.598	378	28	364
308	11 C INTERVENTI MINORI SULLA VESICIA, CON CC	10.654	685	53	570
309	11 C INTERVENTI MINORI SULLA VESICIA, SENZA CC	6.890	481	42	316
310	11 C INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	7.323	469	31	523
311	11 C INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	4.157	4.157	21	325
312	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	4.681	474	31	424
313	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	4.262	4.262	24	377
314	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	4.796	695	23	404
315	11 C ALTRI INTERVENTI SUL RENDE E SULLE VIE URINARIE	11.656	683	68	441
316	11 M INSUFFICIENZA RENALE	7.948	652	46	509
317	11 M RICOVERO PER DIALISI RENALE	4.977	599	41	344
318	11 M NEOPLASIE DEL RENDE B DELLE VIE URINARIE CON CC	7.334	672	49	566
319	11 M NEOPLASIE DEL RENDE B DELLE VIE URINARIE SENZA CC	5.791	504	37	415
320	11 M INFIEZIONI DEL RENDE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.627	498	31	415
321	11 M INFIEZIONI DEL RENDE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.635	471	24	328
322	11 M INFIEZIONI DEL RENDE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	4.365	556	23	340
323	11 M CALCOLI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	5.592	591	17	498
324	11 M CALCOLI URINARIA, SENZA CC	3.034	447	17	373
325	11 M SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENDE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.903	606	27	521
326	11 M SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENDE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.301	532	21	461
327	11 M SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENDE E VIE URINARIE, ETA' < 18	3.607	569	15	512
328	11 M STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	5.286	648	28	306
329	11 M STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.052	486	25	251
330	11 M STENOSI URETRALE, ETA' < 18	2.590	626	15	335
331	11 M ALTRI DIAGNOSI RELATIVE A RENDE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	6.651	532	42	439
332	11 M ALTRI DIAGNOSI RELATIVE A RENDE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.327	517	38	439
333	11 M ALTRI DIAGNOSI RELATIVE A RENDE E VIE URINARIE, ETA' < 18	4.524	691	15	363
334	12 C INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	10.978	550	49	425

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI/EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DRO	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Riservati ordinari	Riservati di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	8.835	527	33	414
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	6.975	399	35	368
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	5.904	387	28	357
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	6.483	907	24	456
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNHE, ETA' > 17	3.200	3.200	11	365
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNHE, ETA' < 18	2.936	2.936	7	609
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	6.368	6.368	21	411
342	12	C	CIRCUNCISIONE ETA' > 17	2.939	2.939	11	535
343	12	C	CIRCUNCISIONE ETA' < 18	1.826	1.826	5	409
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNHE	9.408	564	41	371
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECETTO PER NEOPLASIE MALIGNHE	6.113	454	27	456
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	8.219	587	45	498
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	5.716	535	41	465
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	5.476	466	31	391
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	4.324	458	29	390
350	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	3.249	542	17	447
351	12	M	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	3.077	850	15	389
352	12	M	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	11.744	625	34	518
353	13	C	EVIDENZIAMENTO PELVICO, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	11.744	625	34	518
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	11.901	293	37	357
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	6.529	461	29	269
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.528	417	28	279
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	12.360	585	45	365
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE, CON CC	7.160	507	29	399
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE, SENZA CC	5.141	5141	17	324
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	3.918	751	11	494
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	3.353	3.353	11	512
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOFICA DELLE TUBE	2.109	2.109	7	325
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONNESSIONE ECETTO PER NEOPLASIE MALIGNHE	4.845	4.845	17	541
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONNESSIONE ECETTO PER NEOPLASIE MALIGNHE	2.864	2.864	7	475
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	7.490	566	43	373
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	8.005	627	35	519
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	4.658	569	27	509
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3.735	521	17	354
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.167	631	11	541
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	6.800	591	12	389
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	4.759	518	13	342
372	14	M	PARTO YAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	4.524	640	17	502

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

D80	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricevitori (ordinari)	Ricoveri di un giorno	Valore regolia	Incremento per die
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	3.004	621	7	396
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE ED DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	3.923	630	9	518
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCEPTE STERILIZZAZIONE ED DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	6.140	602	9	682
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.586	536	8	447
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	4.826	1.088	15	716
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	4.557	603	14	366
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	4.145	582	17	436
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	2.219	699	7	382
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.750	2.720	4	594
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	885	678	19	191
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	3.153	544	14	389
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	2.850	505	19	552
385	15		NEONATI MORITI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	7.949	612	19	525
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	24.492	556	130	393
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	13.656	536	83	318
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	7.577	370	48	363
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	3.659	410	17	248
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	2.612	326	14	193
391	15		NEONATO NORMALE	1.041	349	8	-
392	16	C	SPLENETOMIA, ETA' > 17	12.220	851	32	588
393	16	C	SPLENETOMIA, ETA' < 18	8.727	622	20	470
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMPOIETICI	7.634	856	29	599
395	16	M	ANEMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	6.843	564	43	481
396	16	M	ANEMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	3.155	621	11	458
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	9.680	679	37	679
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	12.026	738	37	378
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	5.869	570	32	340
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	18.753	787	37	616
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	18.051	463	78	349
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	7.582	458	45	301
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	14.610	748	60	616
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	7.236	547	46	476
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	15.030	1.403	19	1.086
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	21.083	3.472	75	480
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	10.135	2.490	51	345
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON ALTRI INTERVENTI	9.651	718	33	606
409	17	M	RADIOTERAPIA	5.758	732	24	546

ALLEGATO 1 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricarichi contingenti	Risparmi di un giorno	Valore soglie	Incremento pro die
410 17 M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	3.706	696	11	550
411 17 M	ANGIOMI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	3.162	541	23	333
412 17 M	ANGIOMI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	2.558	703	19	513
413 17 M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	10.870	564	63	437
414 17 M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	7.080	330	50	315
415 18 C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	14.060	391	43	337
416 18 M	SEPTICEMIA, ETA' > 17	10.108	323	51	425
417 18 M	SEPTICEMIA, ETA' < 18	5.462	342	24	403
418 18 M	INFIEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	5.598	521	31	455
419 18 M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	6.064	564	34	347
420 18 M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	4.667	312	28	300
421 18 M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	4.440	331	21	363
422 18 M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	3.348	556	14	498
423 18 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	6.742	664	28	511
424 19 C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	15.043	707	49	443
425 19 M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	4.288	559	33	488
426 19 M	NEVROSI DEPRESSIVE	4.319	425	44	400
427 19 M	NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVE	3.801	457	43	431
428 19 M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	4.765	408	51	378
429 19 M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	5.932	447	53	298
430 19 M	PSICOSI	5.917	383	63	363
431 19 M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	3.678	461	27	315
432 19 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	4.718	479	23	356
433 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	2.226	616	4	569
434 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	4.704	424	31	387
435 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	3.999	406	41	386
436 20	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	4.703	278	51	166
437 20	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	5.190	302	57	182
439 21 C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	7.720	657	39	432
440 21 C	SERRIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	10.348	1.097	47	721
441 21 C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	3.833	686	19	425
442 21 C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	13.868	613	78	566
443 21 C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	7.951	535	43	424
444 21 M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	5.032	483	28	411
445 21 M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	3.363	479	23	403
446 21 M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	2.569	668	7	555
447 21 M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	3.219	610	19	514

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DRG MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri realizzati	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento per die
448	21 M	1.918	566	7	522
449	21 M	5.080	613	29	496
450	21 M	2.850	992	11	484
451	21 M	2.129	706	4	528
452	21 M	4.776	644	46	378
453	21 M	1.515	474	29	337
454	21 M	5.952	739	41	546
455	21 M	3.807	657	23	287
456	21 M	7.643	894	32	504
457	21 M	9.604	632	50	505
458	21 M	21.234	880	81	579
459	21 C	9.012	599	48	395
460	21 M	5.378	538	31	326
461	21 C	5.640	498	29	431
462	21 M	3.918	479	45	184
463	21 M	6.398	545	42	308
464	21 M	4.007	439	32	277
465	21 M	1.683	405	19	404
466	21 M	2.955	605	7	351
467	21 M	3.052	554	11	293
468	C	11.731	848	39	559
469		843	229	15	160
470		883	136	33	95
471	B C	28.483	626	101	433
472	21 C	64.296	241	233	606
473	17 M	39.802	1.613	102	1.160
475	4 M	19.050	933	64	683
476	C	9.249	588	37	472
477	C	6.205	387	29	386
478	5 C	11.920	693	62	455
479	5 C	7.842	579	45	408
480	C	122.883	2.527	88	1.713
481	C	83.312	4.216	106	2.071
482	C	21.882	4.956	72	443
483	C	82.465	13.644	132	986
484	24 C	35.314	898	91	966
485	24 C	26.361	939	57	630

ALLEGATO I - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACCUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di notturno	Valore soglia	Incremento pro die
446 24 C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	23.834	478	61	681
447 24 M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	11.168	922	35	672
448 25 C	HLV. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	22.970	606	110	398
449 25 M	HLV. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	13.423	570	109	354
450 25 M	HLV. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	8.150	593	56	405
451 6 C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REDIMANTI DI ARTI SUPERIORI	10.204	512	47	358
452 17 M	CHEMOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	13.238	1.148	15	471

267
296

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

4.884
96.750
15
1.000
1.500

OSSERVAZIONE ED ESPANTO DI ORGANO DA CADAVERE PER TRAPIANTO
 IMPIANTO DI CUORE ARTIFICIALE
 ASSISTENZA ALBENGHERIA PER IL GENITTORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO
 TRATTAMENTO CON LITOTRITTORE
 PROTESI MAMMARA

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
 VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCEPTE PER TRAUMATISMO	796
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	796
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	796
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	796
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	796
6	1	C	DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	3.030
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	796
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	796
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	534
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	572
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	535
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	519
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	519
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	519
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	519
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	519
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	519
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	519
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	519
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE MENINGITE VIRALE	645
21	1	M	MENINGITE VIRALE	519
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	519
23	1	M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	519
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	549
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	519
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	612
27	1	M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	639
28	1	M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	622
29	1	M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	538
30	1	M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	738
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	857
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	732
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	848
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	582
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	519
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	860

ALLEGATO 2 - FASCIA A

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

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	880
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	880
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3.785
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEETTO L'ORBITA, ETA' > 17	880
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEETTO L'ORBITA, ETA' < 18	880
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	880
43	2	M	FERMA	561
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	561
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	599
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	579
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	561
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	640
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	679
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	679
51	3	C	INTERVENTI SULLE OMBLIGOLE SALIVARI ECCEETTO SIALOADENECTOMIA	679
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	679
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	4.510
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	4.215
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	4.030
56	3	C	RINOPLASTICA	679
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECC ETA' > 17	2.988
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECCOMIA ETA' < 18	2.826
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECCOMIA, ETA' > 17	2.055
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECCOMIA, ETA' < 18	1.361
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	4.763
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.722
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	679
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	572
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	533
66	3	M	EPISTASSI	536
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	723
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	542
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	533
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	533
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	533
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	747
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	627

ALLEGATO 2 - FASCIA A

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

D&G	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	732
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	697
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	697
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	697
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE	495
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	485
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	485
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	658
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	521
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	575
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	535
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	505
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	490
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	546
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	485
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	485
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	485
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	489
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	485
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	485
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	513
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	485
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	485
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	485
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	509
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	485
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	485
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	560
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	519
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	1.058
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATERISMO CARDIACO	1.058
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERISMO CARDIACO	1.058
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATERISMO CARDIACO	1.058
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATERISMO CARDIACO	1.058
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1.058
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	1.058
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	1.058

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
112	5 C		INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA *	12.497
113	5 C		AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEPTE AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	1.058
114	5 C		AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	1.058
115	5 C		IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK *	21.335
116	5 C		ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEPIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI *	13.998
117	5 C		REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCEPTE SOSTITUZIONE *	9.825
118	5 C		SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO *	13.018
119	5 C		LEGATURA E STRIPPING DI VENE *	3.828
120	5 C		ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	1.058
121	5 M		MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	596
122	5 M		MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	591
123	5 M		MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	878
124	5 M		MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPTE INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATERETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA *	7.303
125	5 M		MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPTE INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATERETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA *	3.503
126	5 M		ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	566
127	5 M		INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	566
128	5 M		TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	566
129	5 M		ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	668
130	5 M		MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	566
131	5 M		MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	566
132	5 M		ATEROSCLEROSI, CON CC	566
133	5 M		ATEROSCLEROSI, SENZA CC	566
134	5 M		IPERTENSIONE	566
135	5 M		MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	566
136	5 M		MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	566
137	5 M		MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	936
138	5 M		ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	648
139	5 M		ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	566
140	5 M		ANGINA PECTORIS	566
141	5 M		SINCOPE E COLLASSO, CON CC	566
142	5 M		SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	566
143	5 M		DOLORE TORACICO	771
144	5 M		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	579
145	5 M		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	566
146	6 C		RESEZIONE RETTALE, CON CC	650
147	6 C		RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	650
148	6 C		INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	650

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER AGLI TI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	650
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	650
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	650
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	650
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	650
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	650
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	650
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	650
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	650
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	650
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEZIONE INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	9.879
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEZIONE INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	4.871
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	5.762
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.733
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.672
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	650
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	650
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	650
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	650
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	7.333
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	5.025
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	650
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	650
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	546
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	541
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	535
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	502
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	545
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	502
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	502
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	519
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	502
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	502
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	502
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	502
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	538
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEZIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17	627

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEPTE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	587
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	749
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	541
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	505
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	559
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	752
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	752
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPTE COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	752
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPTE COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	752
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	752
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	752
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	752
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	5.668
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	752
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	752
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	752
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	644
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	552
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCEPTE NEOPLASIE MALIGNI	532
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCEPTE NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, CON CC	550
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCEPTE NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, SENZA CC	546
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	532
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	532
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPANTI DI ARTI INFERIORI	718
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPTE ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 CON CC	718
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPTE ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC	718
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCEPTE ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	718
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	718
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	718
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	6.613
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	718
217	8	C	SPRINTAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCEPTE MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	718
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPTE ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 CON CC	718
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPTE ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	5.580
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPTE ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	5.145
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	8.759
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	5.550

ALLEGATO 2 - FASCIA A

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

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
223	8 C		INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	4.822
224	8 C		INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEPITO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	4.115
225	8 C		INTERVENTI SUL PIEDE	4.589
226	8 C		INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	718
227	8 C		INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	718
228	8 C		INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	718
229	8 C		INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPITO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.066
230	8 C		ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	4.655
231	8 C		ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEPITO ANCA E FEMORE	4.694
232	8 C		ARTROSCOPIA	3.984
233	8 C		ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	718
234	8 C		ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	718
235	8 M		FRACTURE DEL FEMORE	578
236	8 M		FRACTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	592
237	8 M		DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	500
238	8 M		OSTEOMIELITE	550
239	8 M		FRACTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	585
240	8 M		MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	535
241	8 M		MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	486
242	8 M		ARTRITE SETTICA	608
243	8 M		ARREZIONI MEDICHE DEL DORSO	488
244	8 M		MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	579
245	8 M		MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	484
246	8 M		ARTROPATIE NON SPECIFICHE	484
247	8 M		SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	507
248	8 M		TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	493
249	8 M		ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	605
250	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	928
251	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	674
252	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	738
253	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEPITO PIEDE, ETA' >17 CON CC	646
254	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEPITO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	484
255	8 M		FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCEPITO PIEDE, ETA' <18	725
256	8 M		ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	563
257	9 C		MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	657
258	9 C		MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	657
259	9 C		MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	657

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	4.802
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEP TO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	5.077
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	657
263	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	657
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	657
265	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	657
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	657
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PU-ONIDALI	657
268	9	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	657
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	657
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	657
271	9	M	ULCERE DELLA PELLE	472
272	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	560
273	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	472
274	9	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	646
275	9	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	538
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	528
277	9	M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	472
278	9	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	472
279	9	M	CELLULITE ETA' < 18	346
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 CON CC	665
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 SENZA CC	653
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' < 18	1.016
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	497
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	472
285	10	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	701
286	10	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPORISI	701
287	10	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	701
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA'	701
289	10	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	701
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	5.032
291	10	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	701
292	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	701
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	701
294	10	M	DIABETE ETA' > 35	489
295	10	M	DIABETE ETA' < 36	613
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	500

ALLEGATO 2 - FASCE A

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	489
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	500
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	687
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	563
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	563
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	613
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	613
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	613
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	9.792
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	613
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	613
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	613
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	613
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	613
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	4.157
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	613
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	4.262
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	613
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	613
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	652
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	599
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENB E DELLE VIE URINARIE CON CC	672
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	504
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	498
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE B DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	484
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	556
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	591
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	484
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	606
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	532
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVA RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	569
328	11	M	STENOSI URETERALE, ETA' > 17 CON CC	648
329	11	M	STENOSI URETERALE, ETA' > 17 SENZA CC	486
330	11	M	STENOSI URETERALE, ETA' < 18	626
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	532
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	517
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	691

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI MICROVERO DIURNO
(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	770
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	770
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	770
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	770
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	770
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	3.200
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	2.936
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	6.368
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.939
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.826
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	770
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	770
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	587
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	535
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	528
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	528
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	542
352	12	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	950
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	866
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	866
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	866
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	866
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	866
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	866
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	5.141
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	866
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	3.353
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	2.109
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	4.845
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	2.964
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	866
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	627
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	569
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	559
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	631
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	1.113
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	1.113

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	640
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	639
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.113
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCEPTE STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.113
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	639
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	1.113
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	639
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	639
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	699
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.720
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	678
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	639
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	639
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	612
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	556
387	15		PREMATURITA' CON AZEZIONI MAGGIORI	526
388	15		PREMATURITA' SENZA AZEZIONI MAGGIORI	419
389	15		NEONATI A TERMINE CON AZEZIONI MAGGIORI	419
390	15		NEONATI CON ALTRE AZEZIONI SIGNIFICATIVE	419
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	972
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	972
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	972
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	597
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	621
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	879
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	738
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	597
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	658
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	658
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	658
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	748
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	618
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	1.403
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	3.477
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	2.490
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON ALTRI INTERVENTI	658
409	17	M	RADIOTERAPIA	732

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	696
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	618
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	705
413	17	M	ALTRE AL TERAPIE MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI, CON CC	618
414	17	M	ALTRE AL TERAPIE MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI, SENZA CC	618
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	657
416	18	M	SETTICEMIA, ETA' > 17	657
417	18	M	SETTICEMIA, ETA' < 18	657
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	657
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	657
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	657
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	657
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	657
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	664
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	544
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	559
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	544
427	19	M	NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVE	544
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	544
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	544
430	19	M	PSICOSI	544
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	544
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	544
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	616
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	424
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	406
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	381
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	381
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	790
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	790
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	790
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	790
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	790
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	573
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	573
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	668
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	610

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTTEROGIA TE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	573
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	613
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	592
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	706
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	644
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	573
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	709
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	657
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	894
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	632
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	538
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	450
462	23	M	RIABILITAZIONE	479
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	545
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	450
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	450
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	605
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	554
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	137
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	137
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	718
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	1.613
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	953
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	1.058
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	1.058
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	922
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	734
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	734
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	734
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	718
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1.148

* (compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER AGUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Indennizzo pro die
1	1C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCEPITO PER TRAUMATISMO	15.013	442	57	410
2	1C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	13.566	732	34	441
3	1C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	14.068	463	54	441
4	1C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	10.210	346	47	261
5	1C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	7.519	502	31	417
6	1C	DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.866	2.866	11	441
7	1C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	11.448	414	83	330
8	1C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	4.398	465	15	271
9	1M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	8.397	436	41	363
10	1M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	7.824	450	63	389
11	1M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5.118	421	50	355
12	1M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	6.403	369	48	317
13	1M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	4.226	363	43	322
14	1M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPITO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	6.234	380	52	312
15	1M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	3.906	369	24	314
16	1M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	6.248	401	41	329
17	1M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	4.485	353	37	312
18	1M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	5.166	393	37	324
19	1M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	3.939	380	33	247
20	1M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPITO MENINGITE VIRALE	1.695	508	53	290
21	1M	MENINGITE VIRALE	4.822	387	31	325
22	1M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	5.322	399	31	344
23	1M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	4.392	371	41	271
24	1M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	4.266	432	31	337
25	1M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	3.253	390	25	248
26	1M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	2.745	442	19	414
27	1M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	7.104	503	37	348
28	1M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	6.690	490	31	403
29	1M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	3.414	424	14	352
30	1M	STATO STUPEFOSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	2.237	581	7	465
31	1M	COMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	3.322	675	25	517
32	1M	COMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.225	576	11	271
33	1M	COMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	1.758	668	7	335
34	1M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	6.819	458	49	403
35	1M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	4.485	396	41	338
36	1C	INTERVENTI SULLA RETINA	4.514	436	24	284
37	1C	INTERVENTI SULL'ORBITA	5.340	855	28	384

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ATTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/ MDC TIPO	DESCRIZIONE	Risorse ordinarie	Risorse di un giorno	Valore soglia	Importamento pro die	
38	2 C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	3.107	398	17	354
39	2 C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2.980	2.980	14	386
40	2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' > 17	2.309	490	11	415
41	2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' < 18	2.108	803	7	417
42	2 C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	3.879	473	21	312
43	2 M	IPERMA	1.451	383	14	283
44	2 M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	3.788	390	27	241
45	2 M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	3.560	472	25	392
46	2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	3.956	456	29	383
47	2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	2.992	423	23	358
48	2 M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	2.601	584	15	441
49	3 C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	11.050	431	71	310
50	3 C	SIALOADENECTOMIA	4.289	454	24	354
51	3 C	INTERVENTI SULLE GIANDOLE SALIVARI ECCEPTE SIALOADENECTOMIA	3.760	462	17	350
52	3 C	RIPARAZIONE DI CHEROSI E DI PALATOSI	3.782	391	18	335
53	3 C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	3.531	3.531	17	310
54	3 C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	3.319	3.319	21	254
55	3 C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.173	3.173	14	350
56	3 C	RENOLASTRIA	2.795	526	14	335
57	3 C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA ETA' > 17	2.353	2.353	11	296
58	3 C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA ETA' < 18	2.225	2.225	5	400
59	3 C	TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	1.618	1.618	7	282
60	3 C	TONSILLECTOMIA EO ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.072	1.072	5	360
61	3 C	MIBINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	3.750	3.750	15	377
62	3 C	MIBINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.143	2.143	7	468
63	3 C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	5.163	492	24	323
64	3 M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	5.589	450	37	362
65	3 M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	3.047	390	24	339
66	3 M	EPITASSI	2.554	438	17	269
67	3 M	EPRELOTIDITE	2.846	569	17	415
68	3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	3.989	427	27	385
69	3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	2.850	382	17	335
70	3 M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	2.163	419	11	286
71	3 M	LARINGOTRACHEITE	2.654	412	11	394
72	3 M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	3.132	588	14	453
73	3 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	3.401	494	17	410
74	3 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	2.189	576	7	436

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI BROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC/TIPO	DESCRIZIONE	Ricoverti mediari	Ricoverti di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
75	4 C INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	11.644	525	48	349
76	4 C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	11.027	492	64	339
77	4 C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	4.237	362	45	314
78	4 M EMBOLIA POLMONARE	6.822	390	55	325
79	4 M INFEZIONI E INFILMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	10.595	369	79	321
80	4 M INFEZIONI E INFILMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	7.727	321	92	295
81	4 M INFEZIONI E INFILMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	6.857	518	41	462
82	4 M NECRILASSE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	6.052	410	47	267
83	4 M TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	3.839	453	24	339
84	4 M TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	2.335	421	17	347
85	4 M VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	6.940	398	51	362
86	4 M VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	6.102	386	46	221
87	4 M EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5.023	440	31	341
88	4 M MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	4.581	526	31	287
89	4 M POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	6.302	361	38	355
90	4 M POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	4.203	308	31	198
91	4 M POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	3.092	383	17	353
92	4 M MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	7.462	367	44	321
93	4 M MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	4.960	349	39	312
94	4 M PNEUMOTORACE, CON CC	6.111	404	41	347
95	4 M PNEUMOTORACE, SENZA CC	3.581	342	24	294
96	4 M BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	3.770	353	28	304
97	4 M BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	2.959	312	27	207
98	4 M BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	2.442	401	17	309
99	4 M SEGN E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	4.069	347	41	183
100	4 M SEGN E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	3.054	322	37	171
101	4 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	4.757	441	34	372
102	4 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	2.856	409	22	355
103	5 C TRAPIANTO CARDIACO	79.335	1.478	70	918
104	5 C INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATERETERISMO CARDIACO	29.099	1.629	48	1.071
105	5 C INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERETERISMO CARDIACO	24.600	1.112	38	497
106	5 C BYPASS CORONARICO CON CATERETERISMO CARDIACO	24.768	1.581	52	1.039
107	5 C BYPASS CORONARICO SENZA CATERETERISMO CARDIACO	20.500	821	29	453
108	5 C ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	14.040	975	32	593
109	5 C INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	16.184	752	61	489
110	5 C INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	9.922	513	45	367
112	5 C INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	9.840	9.840	24	555

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI BROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MEDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricovero prestanzi	Ricovero di un giorno	Valore coperto	Incremento pro die
113	5 C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEPTE AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	15.004	455	87	340
114	5 C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	10.230	362	82	375
115	5 C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIocardico ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	16.799	16.799	41	694
116	5 C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEBRILLATORE AUTOMATICO (AED) O DI GENERATORE DI IMPULSI	11.022	11.022	24	575
117	5 C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCEPTE SOSTITUZIONE	7.736	7.736	28	474
118	5 C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	10.250	10.250	32	412
119	5 C	LEGA TURA E STRIPPING DI VENE	3.014	3.014	14	389
120	5 C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	10.521	558	65	486
121	5 M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	7.754	469	32	377
122	5 M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	6.175	465	26	372
123	5 M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO, MORTI	5.574	691	27	485
124	5 M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO, MORTI	5.750	5.750	37	579
125	5 M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPTE INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATERIZZAZIONE CARDIACA E DIAGNOSI NON COMPLETATA	2.758	2.758	14	391
126	5 M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	13.271	417	98	357
127	5 M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.909	378	34	316
128	5 M	TROMBOFILIE DELLE VENE PROFONDE	4.175	335	31	292
129	5 M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	6.416	526	56	319
130	5 M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	5.597	396	48	339
131	5 M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	3.879	359	39	314
132	5 M	ATROSCLEROSI CON CC	4.813	395	34	240
133	5 M	ATROSCLEROSI SENZA CC	3.464	367	34	221
134	5 M	IPERTENSIONE	3.200	372	27	235
135	5 M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	4.831	420	34	339
136	5 M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	3.310	379	35	334
137	5 M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	5.082	737	19	565
138	5 M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	5.192	510	51	441
139	5 M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	3.008	387	25	332
140	5 M	ANEMIA PECTORIS	3.460	391	24	315
141	5 M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	3.837	418	27	249
142	5 M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	2.564	385	21	227
143	5 M	DOLORE TORACICO	6.262	456	37	538
144	5 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	4.263	400	41	347
145	5 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	13.266	422	66	340
146	6 C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	9.286	365	54	312
147	6 C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	13.954	462	65	378
148	6 C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	8.157	359	49	236
149	6 C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC				

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACCITIEROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DROG/MED/TIPO	DESCRIZIONE	Risorse ordinarie	Risorse di un pieno	Valore soglia	Incremento pro die	
150	6C	LISE DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	8.404	505	41	387
151	6C	LISE DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	4.728	414	26	299
152	6C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	7.906	520	48	331
153	6C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	5.544	450	34	317
154	6C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	16.136	627	67	429
155	6C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	7.367	394	48	295
156	6C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	7.451	461	24	381
157	6C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	5.484	415	34	347
158	6C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	2.809	387	17	343
159	6C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEITO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	7.779	7.779	44	312
160	6C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCEITO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.796	3.796	27	307
161	6C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.537	4.537	27	365
162	6C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.939	2.939	14	330
163	6C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.104	2.104	7	467
164	6C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	6.838	501	28	369
165	6C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	3.556	486	12	353
166	6C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	4.941	418	23	359
167	6C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	2.590	449	12	295
168	3C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	5.774	5.774	43	314
169	3C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	3.937	3.937	23	311
170	6C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	11.234	554	64	387
171	6C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	6.232	354	44	339
172	6M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	6.262	430	53	377
173	6M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	5.790	426	51	345
174	6M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	5.735	421	37	336
175	6M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	3.406	366	27	306
176	6M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	4.669	429	31	341
177	6M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	4.637	354	34	294
178	6M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	3.138	342	27	216
179	6M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	5.382	392	38	333
180	6M	OCCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	4.396	409	34	340
181	6M	OCCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	2.846	354	24	216
182	6M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	3.937	376	31	239
183	6M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	2.766	362	25	236
184	6M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	2.004	424	11	381
185	3M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEITO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17	3.100	494	23	376
186	3M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEITO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	2.532	462	15	404

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
187	3 M ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	2.650	590	11	403
188	6 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	5.263	426	39	347
189	6 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	2.929	398	21	341
190	6 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	2.594	440	15	387
191	7 C INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNTI CON CC	18.754	706	71	422
192	7 C INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNTI SENZA CC	11.597	446	59	341
193	7 C INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPITO COLELITECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	13.929	477	62	371
194	7 C INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPITO COLELITECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	10.406	311	57	370
195	7 C COLELITECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	11.016	449	50	329
196	7 C COLELITECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	7.191	331	46	217
197	7 C COLELITECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	8.032	422	48	319
198	7 C COLELITECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.463	446	27	309
199	7 C PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILLIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	10.462	403	61	264
200	7 C PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILLIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	9.893	408	46	445
201	7 C ALTRI INTERVENTI EPATOBILLIARI O SUL PANCREAS	13.513	773	86	513
202	7 C CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	6.501	507	41	394
203	7 M NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILLIARE O DEL PANCREAS	5.387	435	51	348
204	7 M MALLATTIE DEL PANCREAS ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI	5.232	385	37	323
205	7 M MALLATTIE DEL FEGATO ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI EPATITE ALCOOLICA, CON CC	5.984	433	42	385
206	7 M MALLATTIE DEL FEGATO ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI EPATITE ALCOOLICA, SENZA CC	3.797	430	41	346
207	7 M MALLATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	5.439	403	37	309
208	7 M MALLATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	3.533	364	31	248
209	8 C INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REPLANTI DI ARTI INFERIORI	12.070	427	42	302
210	8 C INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 CON CC	12.019	381	63	285
211	8 C INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC	6.772	373	37	281
212	8 C INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	1.695	503	41	432
213	8 C AMPUTAZIONI PER MALLATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	9.284	393	82	232
214	8 C INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	10.903	364	57	312
215	8 C INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	5.207	320	34	237
216	8 C INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	7.470	466	37	493
217	8 C BURSITE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	12.939	597	69	404
218	8 C SINDROME DEL TUNNEL CARPO, PER MALLATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	8.970	438	48	294
219	8 C INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMBRO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 CON CC	4.394	439	31	279
220	8 C INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMBRO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	4.051	405	24	324
221	8 C INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMBRO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	6.897	689	42	305
222	8 C INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	4.370	4370	21	290
223	8 C INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	3.797	3.797	24	312
224	8 C INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC				

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (rispetto in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	3.240	3.240	21	298
225	INTERVENTI SUL PIEDE	3.613	3.613	21	361
226	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI CON CC	7.264	565	42	324
227	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	3.096	463	17	321
228	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	3.460	513	21	368
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	2.430	2.430	11	310
230	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMDOLLARE DI ANCA E FEMORE	3.663	3.663	21	239
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	3.696	3.696	17	366
232	ARTROSCOPIA	3.137	3.137	14	309
233	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	11.083	550	47	400
234	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	5.250	391	42	326
235	FRACTURE DEL FEMORE	6.133	455	50	365
236	FRACTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	6.183	466	51	417
237	DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	3.230	394	33	326
238	OSTEOMIELITE	6.819	433	51	323
239	FRACTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	5.319	461	37	379
240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	7.502	421	47	275
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	4.793	383	50	326
242	AKRITIE SETTICA	6.405	479	60	345
243	APPRESSIONI MEDICHE DEL DORSO	3.455	384	31	209
244	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPAIE SPECIFICHE, CON CC	4.716	456	37	211
245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPAIE SPECIFICHE, SENZA CC	3.349	373	39	164
246	ARTROPAIE NON SPECIFICHE	3.355	365	39	193
247	SEGN E SINTOME RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	3.042	399	41	227
248	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	3.141	388	32	330
249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.335	476	13	354
250	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	3.435	731	25	276
251	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.364	531	11	260
252	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	1.668	581	4	380
253	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	3.787	508	31	310
254	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.264	371	15	230
255	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI BRACCIO, GAMBIA, ECCETTO PIEDE, ETA' <18	2.233	571	11	327
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.357	443	23	279
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	6.972	350	38	316
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	4.508	397	29	302
259	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	6.840	438	37	288
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	3.781	378	24	250

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
I valori in migliaia di lire

DEG./MDC/ TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore luglio	Incremento pro die
261	9 C INTERVENTI SULLA MAMMELLA, NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEP TO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	3.998	3.998	17	367
262	9 C BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	2.530	528	11	351
263	9 C TRAPIANTI DI PELLE EO SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	11.061	287	97	207
264	9 C TRAPIANTI DI PELLE EO SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	6.522	315	72	189
265	9 C TRAPIANTI DI PELLE EO SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	7.650	391	43	336
266	9 C TRAPIANTI DI PELLE EO SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	4.249	396	23	261
267	9 C INTERVENTI PER ANALI E PLOMIDALI	3.176	400	21	357
268	9 C CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	1.390	472	19	336
269	9 C ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	6.552	567	49	399
270	9 C ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2.785	446	19	339
271	9 M ULCERE DELLA PELLE	6.944	332	61	289
272	9 M MALATTIE MAGGiori DELLA PELLE CON CC	5.976	441	44	359
273	9 M MALATTIE MAGGiori DELLA PELLE SENZA CC	4.338	349	38	321
274	9 M NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	7.178	509	59	305
275	9 M NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	4.776	424	27	254
276	9 M PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	2.184	416	19	335
277	9 M CELLULITE ETA' > 17 CON CC	5.374	365	37	210
278	9 M CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	3.186	347	28	207
279	9 M CELLULITE ETA' < 18	2.433	430	14	392
280	9 M TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 CON CC	3.066	524	25	423
281	9 M TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 SENZA CC	2.554	514	15	411
282	9 M TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' < 18	2.324	800	7	368
283	9 M MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	4.582	391	34	233
284	9 M MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	2.709	372	27	334
285	10 C AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	15.331	279	104	207
286	10 C INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	11.144	426	38	410
287	10 C TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	10.145	315	69	268
288	10 C INTERVENTI PER OBESITA'	5.673	651	41	289
289	10 C INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	5.676	363	28	371
290	10 C INTERVENTI SULLA TIROIDE	3.962	3.962	21	262
291	10 C INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	2.112	472	14	311
292	10 C ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	12.378	818	65	538
293	10 C ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	8.066	310	43	204
294	10 M DIABETE ETA' > 35	4.103	356	34	216
295	10 M DIABETE ETA' < 35	3.477	483	32	411
296	10 M DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	5.260	194	41	359
297	10 M DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	4.062	381	39	321

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricarichi ordinari	Ricarichi di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
298	10 M DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	2.440	394	15	322
299	10 M DISTURBI CONGENITI DEL METABOLISMO	4.438	541	27	367
300	10 M MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	3.322	443	42	367
301	10 M MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	3.077	443	32	247
302	11 C TRAPIANTO RENALE	58.179	1.604	62	1.182
303	11 C INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	11.467	440	38	289
304	11 C INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA, CON CC	10.491	455	51	358
305	11 C INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	7.710	7.710	37	349
306	11 C PROSTATECTOMIA, CON CC	7.116	349	44	346
307	11 C PROSTATECTOMIA, SENZA CC	4.404	284	28	247
308	11 C INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	8.389	539	55	449
309	11 C INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	5.417	300	42	249
310	11 C INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	5.766	369	31	412
311	11 C INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	3.273	3.273	21	256
312	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	3.686	373	31	334
313	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	3.356	3.356	24	297
314	11 C INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	3.776	547	25	314
315	11 C ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	9.178	538	68	347
316	11 M INSUFFICIENZA RENALE	6.286	513	46	401
317	11 M RICOVERO PER DIALISI RENALE	3.919	472	41	271
318	11 M NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	5.775	529	46	446
319	11 M NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	4.560	397	37	327
320	11 M INFIEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	4.431	392	31	327
321	11 M INFIEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.492	371	24	258
322	11 M INFIEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	3.437	438	23	248
323	11 M CALCOLI URINARI, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	4.405	465	17	392
324	11 M CALCOLI URINARI, SENZA CC	2.389	352	17	294
325	11 M SECCHE E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	4.648	477	27	410
326	11 M SECCHE E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.317	439	21	363
327	11 M SECCHE E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	2.840	448	15	403
328	11 M STENOSI URETERALE, ETA' > 17 CON CC	4.162	510	28	241
329	11 M STENOSI URETERALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.411	383	25	198
330	11 M STENOSI URETERALE, ETA' < 18	2.039	493	15	278
331	11 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.237	419	42	346
332	11 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.407	407	33	346
333	11 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	3.562	544	15	443
334	12 C INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	8.644	433	43	335

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI ERGOATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
335	12 C INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	6.955	415	33	326
336	12 C PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	5.492	314	35	280
337	12 C PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	4.176	303	28	281
338	12 C INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	5.105	399	24	319
339	12 C INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	2.500	2.500	11	303
340	12 C INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	2.312	2.312	7	475
341	12 C INTERVENTI SUL PENE	5.014	5.014	21	324
342	12 C CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.314	2.314	11	421
343	12 C CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.438	1.438	5	368
344	12 C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	7.408	444	41	292
345	12 C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEPITO PER NEOPLASIE MALIGNI	4.813	342	27	359
346	12 M NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC	6.472	462	45	392
347	12 M NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE SENZA CC	4.801	421	41	366
348	12 M EPIDIDIMIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	4.312	367	31	308
349	12 M EPIDIDIMIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC	3.403	361	29	307
350	12 M INFILAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	2.558	427	17	352
352	12 M ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	2.423	748	13	306
353	12 C REVOLUZIONE PELVICA, ISTRECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	9.247	692	38	468
354	12 C INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	9.056	231	57	281
355	12 C INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	5.141	363	29	212
356	12 C INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	4.353	328	23	215
357	12 C INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	9.792	461	45	303
358	12 C INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	5.638	399	29	314
359	12 C INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	4.048	4.048	17	255
360	12 C INTERVENTI SU VAGINA, CERVICIA E VULVA	3.065	591	11	389
361	12 C LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	2.640	2.640	11	403
362	12 C OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.661	1.661	7	256
363	12 C DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	3.815	3.815	17	426
364	12 C DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPITO PER NEOPLASIE MALIGNI	2.334	2.334	7	374
365	12 C ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.898	446	43	294
366	12 M NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	6.303	494	35	409
367	12 M NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE SENZA CC	3.668	448	27	401
368	12 M INFEGZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.941	410	17	279
369	12 M DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.179	497	11	426
370	14 C PARTO CESAREO CON CC	5.354	463	22	306
371	14 C PARTO CESAREO SENZA CC	3.747	408	13	269
372	14 M PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	3.582	504	17	395

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(importo in migliaia di lire)

DRO	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Risorse ordinari	Risorse in un giorno	Valore taglia	Incremento pro die
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	2.365	489	7	312
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE ED DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	3.089	496	9	408
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO RECEPITO STERILIZZAZIONE ED DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	4.835	474	9	537
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.056	422	8	352
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	3.800	857	15	564
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	3.584	475	14	288
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	3.264	458	17	343
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.747	559	7	301
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTERECTOMIA	2.142	2.142	4	468
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	697	534	19	150
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	2.471	460	14	306
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	2.244	398	19	277
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	6.259	482	19	413
386	15		NEONATI GRAVEMENTE MALATI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	19.285	458	138	262
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	10.753	414	83	250
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	5.966	291	48	286
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	2.081	323	17	203
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	2.057	257	14	152
391	15		NEONATO NORMALE	820	275	8	-
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	9.622	670	32	463
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	6.872	490	20	370
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMORREIETICI	6.011	574	29	472
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	5.388	444	43	379
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	2.484	489	11	361
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	7.606	692	37	535
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	9.469	581	57	298
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	4.621	449	32	268
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	14.766	629	57	443
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	14.213	366	78	432
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	5.970	361	45	237
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	11.504	589	60	485
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	5.698	481	46	375
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	11.835	1.105	19	863
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	16.585	2.738	75	386
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	7.980	1.963	51	272
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE CON ALTRI INTERVENTI	7.599	365	33	477
409	17	M	RADIOTERAPIA	4.518	576	24	430

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
410 17 M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	2.918	548	11	439
411 17 M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	2.480	426	23	262
412 17 M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	2.014	353	19	404
413 17 M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI, CON CC	8.559	444	65	360
414 17 M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI, SENZA CC	5.575	417	50	248
415 18 C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	11.071	465	40	423
416 18 M	SETTICEMIA, ETA' > 17	7.939	413	51	353
417 18 M	SETTICEMIA, ETA' < 18	4.301	427	24	388
418 18 M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	4.408	410	31	358
419 18 M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	4.775	444	34	273
420 18 M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	3.675	403	28	296
421 18 M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	3.496	413	21	286
422 18 M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	2.686	438	14	392
423 18 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	5.309	523	28	482
424 19 C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	11.845	557	49	350
425 19 M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISRIZIONE PSICOSOCIALE	3.377	440	33	384
426 19 M	NEVROSI DEPRESSIVE	3.401	335	44	315
427 19 M	NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVE	2.993	360	43	399
428 19 M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	3.732	321	51	298
429 19 M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	4.687	352	53	253
430 19 M	PSICOSI	4.639	303	63	286
431 19 M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	2.896	363	27	248
432 19 M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	3.715	377	25	240
433 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANTARI	1.753	485	4	448
434 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	3.704	334	31	305
435 20	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	3.149	320	41	304
436 20	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	3.705	219	51	131
437 20	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	4.087	238	57	143
438 21 C	TRAUANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	6.079	517	50	340
439 21 C	SUBERLAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	3.148	664	47	568
440 21 C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	3.018	540	19	335
441 21 C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	10.920	483	78	446
442 21 C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	6.261	421	43	334
443 21 M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	3.962	380	28	324
444 21 M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	2.648	377	23	317
445 21 M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	2.018	526	7	437
446 21 M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	2.533	480	19	405

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI ROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in migliaia di lire)

DRG/MDC/ TIPO	DESCRIZIONE	Ricevuti ordinari	Ricevuti di un giorno	Valore paglia	Incremento pro die
448	21 M REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	1.510	446	7	411
449	21 M AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	4.000	493	29	390
450	21 M AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	2.244	466	11	381
451	21 M AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	1.676	556	4	416
452	21 M COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	3.761	507	46	298
453	21 M COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	2.768	373	29	265
454	21 M ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	4.687	553	41	430
455	21 M ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	2.998	517	23	226
456	21 M USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	6.018	704	32	397
457	21 M USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	7.562	498	50	398
458	21 M USTIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	16.720	693	81	456
459	21 C USTIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	7.096	472	48	311
460	21 C USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	4.235	424	31	257
461	21 C INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	4.441	392	29	339
462	21 M RIABILITAZIONE	3.085	377	45	145
463	21 M SEGN E SINTOMI CON CC	5.195	429	42	236
464	21 M SEGN E SINTOMI SENZA CC	3.155	346	32	218
465	21 M ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	1.315	319	19	313
466	21 M ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	2.377	476	7	276
467	21 M ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2.403	436	11	231
468	21 C INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	9.229	668	39	440
469	21 C DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	697	180	15	126
470	21 M NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	697	107	33	75
471	1 C INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	22.429	493	101	341
472	2 C USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	50.627	190	233	477
473	17 M LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	31.340	1.270	103	913
475	4 M DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	15.000	750	64	538
476	2 C INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATI NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	7.283	463	37	372
477	2 C INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4.886	462	29	304
478	5 C ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	9.386	346	62	338
479	5 C ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	6.175	451	45	321
480	2 C TRAPIANTO DI REGATO	98.769	1.990	88	1.349
481	2 C TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	65.600	3.320	106	1.631
482	2 C TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	17.239	3.902	72	353
483	2 C TRACHEOSTOMIA ECCEZIONE PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	64.933	10.743	132	776
484	24 C CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	27.806	707	91	761
485	24 C TRAPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	20.757	755	57	496

ALLEGATO 3 - FASCIA B
TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importo in migliaia di lire)

DRG/ MEDC/ TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un piano	Valore soglia	Incremento pro die
486	24C ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	18.767	691	61	586
487	24M ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	8.794	726	35	529
488	25C H.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	18.087	477	110	313
489	25M H.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	10.569	449	109	279
490	25M H.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	6.417	467	56	319
491	1C INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	8.035	403	47	282
492	17M CHERIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	10.440	904	15	371

227
296

TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI ORDINARI NEI REPARTI PER L'UNCODEGENTI
 TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI NEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA PSICHIATRICI

15
1.000
1.500

ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO
 TRATTAMENTO CON LITOTRITTORE
 PROTESI MAMMARIA

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
 VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCEPTE PER TRAUMATISMO	627
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	627
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	627
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	627
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	627
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.386
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	627
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	627
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	436
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	450
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	421
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	409
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLE E ATASSIA CEREBELLARE	409
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	409
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	409
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	409
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	409
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	409
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	409
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE MENINGITE VIRALE	508
21	1	M	MENINGITE VIRALE	409
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	409
23	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	409
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	432
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	409
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	482
27	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	503
28	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	490
29	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	424
30	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	581
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	673
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	576
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	668
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	436
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	409
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	693

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa generalista
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	693
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	693
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2.980
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' > 17	693
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' < 18	693
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	693
43	2	M	IFEMA	442
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	442
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	472
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	456
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	442
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	504
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	535
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	535
51	3	C	INTERVENTI SULLE GHIANDELE SALIVARI ECCEPTE SIALOADENECTOMIA	535
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	535
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	3.351
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	3.319
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.173
56	3	C	RINOPLASTICA	535
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA > 17	2.353
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' < 18	2.225
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	1.618
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.072
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	3.750
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.143
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	535
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	450
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	420
66	3	M	EPISTASSI	438
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	569
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	427
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	420
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	420
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	420
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	588
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	494

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	576
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	549
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	549
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	549
78	4	M	EMBOLIA, POLMONARE	390
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	382
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	382
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	518
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	410
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	453
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	421
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	398
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	386
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	490
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	382
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	382
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	382
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	385
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	382
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	382
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	404
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	382
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	382
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	382
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	401
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	382
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	382
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	441
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	409
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	833
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATERISMO CARDIACO	833
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERISMO CARDIACO	833
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATERISMO CARDIACO	833
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATERISMO CARDIACO	833
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	833
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	833
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	833

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(imposti in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
112	5	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	9.840
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI BOCCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	833
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	833
115	5	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIocardico ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	16.799
116	5	C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	11.022
117	5	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, BOCCETTO SOSTITUZIONE	7.736
118	5	C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	10.250
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.014
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	833
121	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	469
122	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	465
123	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO, MORTI	591
124	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI BOCCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CAETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	5.750
125	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI BOCCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CAETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	2.758
126	5	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	446
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	446
128	5	M	TROMBOFILIE DELLE VENE PROFONDE	446
129	5	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	526
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	446
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	446
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC	446
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	446
134	5	M	IPERTENSIONE	446
135	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	446
136	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	446
137	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	737
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	510
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	446
140	5	M	ANGINA PECTORIS	446
141	5	M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	446
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	446
143	5	M	DOLORE TORACICO	607
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	456
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	446
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	512
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	512
148	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	512

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	512
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	512
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	512
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	512
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	512
154	6	C	INTERVENTI SU ESOPAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	512
155	6	C	INTERVENTI SU ESOPAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	512
156	6	C	INTERVENTI SU ESOPAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	512
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	512
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	512
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, BOCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	7.779
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCESSIONE INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.796
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.537
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.939
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.104
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	512
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	512
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	512
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	512
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	5.774
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	3.937
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	512
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	512
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	430
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	426
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	421
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	395
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	429
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	395
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	395
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	395
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	409
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	395
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	395
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	395
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	424
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCESSIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17	494

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFTE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa pionaletra
186	3	M	MALATTIE DEI DENTILI E DEL CAVO ORALE, ECCEPITO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	462
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	590
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	426
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	398
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	440
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	592
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	592
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPITO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	592
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCEPITO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	592
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	592
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	592
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	592
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.463
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	592
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	592
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	592
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	307
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	433
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI	419
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, CON CC	433
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCEPITO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, SENZA CC	430
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	419
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	419
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REDIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	565
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 CON CC	565
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC	565
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCEPITO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	565
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	565
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	5.207
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565
217	8	C	SBIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCEPITO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 CON CC	565
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	4.394
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEPITO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	4.051
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	6.897
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	4.370

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(in euro in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	3.797
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEPITO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	3.240
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	3.613
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	565
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	565
228	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLUCE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	565
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPITO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	2.430
230	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	3.665
231	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEPITO ANCA E FEMORE	3.696
232	8	C	ARTROSCOPIA	3.137
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	565
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	565
235	8	M	FRACTURE DEL FEMORE	455
236	8	M	FRACTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	466
237	8	M	DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	394
238	8	M	OSTEOMIELITE	433
239	8	M	FRACTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	461
240	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	421
241	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	383
242	8	M	ARTRITE SETTICA	479
243	8	M	ARREZIONI MEDICHE DEL DORSO	384
244	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	456
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	381
246	8	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	381
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	399
248	8	M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	388
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	476
250	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	731
251	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	531
252	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	581
253	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, Gamba, ECCEPITO PIEDE, ETA' >17 CON CC	509
254	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, Gamba, ECCEPITO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	381
255	8	M	FRACTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, Gamba, ECCEPITO PIEDE, ETA' <18	571
256	8	M	AL TRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	443
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	517
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	517
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	517

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO - DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffe prequalificata
260	9 C		MASTECTOMIA SUB TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	3.781
261	9 C		INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEPTE BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	3.998
262	9 C		BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	517
263	9 C		TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	517
264	9 C		TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	517
265	9 C		TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	517
266	9 C		TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	517
267	9 C		INTERVENTI PER ANALI E PILONIDALI	517
268	9 C		CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	517
269	9 C		ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	517
270	9 C		ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	517
271	9 M		ULCERE DELLA PELLE	372
272	9 M		MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	441
273	9 M		MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	372
274	9 M		NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	509
275	9 M		NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	424
276	9 M		PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	416
277	9 M		CELLULITE ETA' > 17 CON CC	372
278	9 M		CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	372
279	9 M		CELLULITE ETA' < 18	430
280	9 M		TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 CON CC	524
281	9 M		TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 SENZA CC	514
282	9 M		TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' < 18	800
283	9 M		MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	391
284	9 M		MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	372
285	10 C		AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	552
286	10 C		INTERVENTI SUL SURRONE E SULLA IPOFISI	552
287	10 C		TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	552
288	10 C		INTERVENTI PER OBESITA'	552
289	10 C		INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	552
290	10 C		INTERVENTI SULLA TIROIDE	3.962
291	10 C		INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSO	552
292	10 C		ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	552
293	10 C		ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	552
294	10 M		DIABETE ETA' > 35	365
295	10 M		DIABETE ETA' < 36	483
296	10 M		DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCHIATA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	394

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	385
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	394
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	541
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	443
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	443
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	483
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	483
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE B INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	483
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	7.710
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	483
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	483
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	483
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	483
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	483
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	3.273
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	483
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	3.356
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	483
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	483
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	513
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	472
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	529
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	397
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	392
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	381
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	438
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC EO LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	465
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	381
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	477
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	419
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	448
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	510
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	383
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	493
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	419
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	407
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	544

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa gruppiobers
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	606
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	606
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	606
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	606
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	606
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	2.370
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	2.312
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	5.014
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.314
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.438
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	606
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	606
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	462
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	421
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	416
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	416
350	12	M	INFLAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	427
352	12	M	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	748
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTRECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	662
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	662
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	662
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	662
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	662
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	662
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	4.048
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	662
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	2.640
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPIA DELLE TUBE	1.661
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	3.815
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	2.334
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	662
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	494
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	448
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	440
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	497
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	876
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	876

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO - DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	504
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	503
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	876
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCEPTE STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	876
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	503
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	876
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	503
379	14	M	MINACIA DI ABORTO	503
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	550
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.142
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	534
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	503
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	503
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	482
386	15		NEONATI ORA VEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	418
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	414
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	330
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	330
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	330
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	765
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	765
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	765
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	470
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	489
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	692
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	581
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	470
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	518
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	518
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	518
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	589
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	487
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	1.105
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	2.738
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	1.961
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI CON ALTRI INTERVENTI	518
409	17	M	RADIOTERAPIA	576

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffe giornaliere
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	548
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	487
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	555
413	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE, CON CC	487
414	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALE, SENZA CC	487
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	517
416	18	M	SETTICEMIA, ETA' > 17	517
417	18	M	SETTICEMIA, ETA' < 18	517
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	517
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	517
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	517
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	517
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	517
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	523
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	428
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	440
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	428
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	428
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	428
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	428
430	19	M	PSICOSI	428
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	428
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	428
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	485
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	334
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	320
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	300
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	300
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	622
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	622
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	622
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	622
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	622
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	451
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	451
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	526
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	480

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importo in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	451
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	483
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	466
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	556
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	507
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	451
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI CON CC	558
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	517
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	704
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	498
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	424
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	354
462	23	M	RIABILITAZIONE	377
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	429
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	354
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	354
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	476
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	436
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	108
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	108
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	565
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	1.270
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	750
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	833
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	833
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	726
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	578
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	578
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	578
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	565
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	904

* (compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 5

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 e 169 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
- 112 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea
- 115 Impianto di pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
- 116 Altri interventi per impianto di pace-maker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico o di generatore di impulsi
- 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
- 169 Interventi sulla bocca senza CC
- 198 Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza C.C.
- 215 Interventi su dorso e collo, senza C.C.
- 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
- 221 Interventi sul ginocchio, con C.C.
- 222 Interventi sul ginocchio senza C.C.
- 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 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore
- 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 e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia, senza C.C.
- 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

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 6
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA IN REGIME DI DEGENZA (tariffa glomerata)

DRG 1-35	MDC 1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	416.000
DRG 103-108 110-145 478 479	MDC 5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	397.000
DRG 209-256 471 491	MDC 8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	374.000
DRG 75-102 475	MDC 4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	365.000
DRG afferenti ad altre categorie diagnostiche principali			365.000

TARIFE APPLICATE ALLE SEGUENTI STRUTTURE:

Ospedale "Gervasutta" di Udine

Ospedale "S. Satorio" di Trieste

Casa di Cura privata "Pineta del Carso" di Duino-Aurisina

A.S.S. 6 - Ospedale di S. Vito al Tagliamento - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

A.S.S. 6 - Ospedale di Merigo - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" - Udine - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

A.S.S. 2 - Ospedale di Montebelluna - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

A.S.S. 2 - Ospedale di Gorizia - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

A.S.S. 3 - Ospedale di Tolmezzo - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale

Reparti di nuova istituzione (nel corso del 2000) presso gli ospedali di rete, secondo quanto previsto dal PIMT e dai Piani Aziendali che comunicheranno formalmente l'avvenuta attivazione all'Agenzia Regionale della Sanità

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 6, 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 VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 7**CRITERI DI FINANZIAMENTO E DI RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CORRELATE ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO****1. Attività di osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto.**

A partire dal 1.1.2000 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 L. 4.884.000 ad organo espuntato.

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 (a partire dal 2001) 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

Il DRG 323 "calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni" nel caso di day hospital ed utilizzo del litotritore non remunera attualmente i costi dell'apparecchiatura.

A partire dal 1 gennaio 2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo di L. 1.000.000 rispetto alla tariffa DRG 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

Valutata la necessità di rimborsare i costi di albergaggio sostenuti dalle Aziende per il genitore che assiste il bambino ricoverato, a partire dal 1.1.2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo di L. 15.000 per singolo episodio di ricovero pediatrico fino agli 8 anni (età del paziente ricoverato inferiore al compimento dei 9 anni).

Il riconoscimento forfettario prescinde dalla effettiva presenza del genitore e dal numero di giornate di degenza.

4. Impianto di protesi mammaria

A partire dal 1.1.2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo a copertura dei costi sostenuti dalle Aziende per l'impianto di protesi mammaria conseguente ad intervento di mastectomia per neoplasia.

Il finanziamento aggiuntivo è pari a L. 1.500.000 per impianto di protesi monolaterale e di L. 3.000.000 per impianto di protesi bilaterale.

Per il riconoscimento economico le Aziende dovranno segnalare 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".

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.

Il finanziamento aggiuntivo previsto per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4, prescinde dall'applicazione del meccanismo dei tetti definiti per l'attività ospedaliera.

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA