



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
10/014/CR10a/C7

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE DELLA MOBILITA' SANITARIA

TESTO UNICO

Versione in vigore per le attività dell'anno 2009

Roma, 27 gennaio 2010

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2009 secondo CMS-DRG Versione 24

Premessa

Con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18 dicembre 2008 si è introdotto, a livello nazionale, l'aggiornamento del sistema di classificazione utilizzato per la codifica delle diagnosi e delle procedure inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e del sistema utilizzato per la classificazione della casistica ospedaliera ai fini sia della descrizione e valutazione del case-mix trattato, che della remunerazione dei ricoveri. I due sistemi, in vigore dal primo gennaio 2009, sono la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e la versione 24.0 del sistema Diagnosis Related Groups (DRG). Il decreto ha definito anche il sistema di pesi-DRG calcolato sulla base di un campione di ospedali italiani ed ha ridefinito i valori soglia DRG specifici.

Pertanto alla luce di tali aggiornamenti si è reso necessario effettuare una attività di aggiornamento della TUC; la 24° versione DRG infatti contiene 54 nuovi DRG, ne revisiona 15 e ne elimina 24. A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna a cui hanno partecipato le Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Toscana, Molise, Puglia, Campania, e che ha provveduto ad aggiornare, alla luce della 24.0 versione, la classificazione dei DRG di alta complessità e i potenzialmente inappropriati, il valore soglia DRG specifico, ed ad individuare le tariffe per i nuovi DRG ed i modificati.

La definizione delle nuove tariffe è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari complessivi, ossia le tariffe dei nuovi DRG non debbono produrre incrementi sul fatturato.

Tali tariffe dovranno essere incrementate di una percentuale pari al tasso di inflazione registrato nell'anno 2009.

Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Ciascuna Regione potrà scegliere le tariffe da utilizzare per gli addebiti alla P.A. di Bolzano, la TUC o le proprie tariffe regionali.

La TUC non viene applicata all'attività delle strutture ACISMOM, per le quali verranno invece utilizzate le tariffe regionali.

In tutti i casi sopra indicati in cui non viene applicata la TUC, la Regione creditrice dovrà trasmettere alla Regione debitrice, all'atto dell'invio dei dati di attività, le tariffe utilizzate in formato elettronico e le modalità di calcolo adottate per la determinazione degli importi.

La TUC 2009 si basa su 538 DRG raggruppati secondo 3 classi di DRG:

Alta complessità (91-DRG)

Potenzialmente inappropriati (45-DRG)

Restanti DRG (402-DRG)

Regole di applicazione

- Per ***l'Istituto Ortopedico Rizzoli*** di Bologna è previsto un aumento del 30% limitatamente alle seguenti Unità Operative: Chemioterapia Ortopedica codice 6401, Divisione Ortopedia Traumatologia ad indirizzo Oncologico 3604, Divisione Ortopedia Traumatologia Pediatrica 3603, Servizio di Chirurgia del Rachide 3610. L'incremento del 30% si aggiunge agli altri incrementi previsti (+7% delle aziende miste) sulle tariffe DRG specifiche.

Aziende miste

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere:

Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali.

Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. **L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, sulle giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/lundodegenza; gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi** (prelievo di organi, protesi, ecc.) **non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario** -ad esempio, per le cellule staminali limbari (DRG 42 con diagnosi principale=370.62 e diagnosi secondaria=V42.9, e con intervento principale=11.59 e intervento secondario=11.99) si applica l'incremento del 7% alla tariffa di € 2.524,12, poi si aggiungono € 12.192,61 per la fornitura delle cellule -.

L'incremento tariffario del 7% si applica anche alle tariffe specifiche dei trapianti.

Si prevede un range di tolleranza di + 0 - 0,50 Euro per ogni ricovero; ciò vuol dire che quando si effettua il controllo sull'importo (ERR06=5) la segnalazione andrà fatta solo se l'importo addebitato risulterà diverso rispetto a quello calcolato dalla regione debitrice a meno di uno scarto di 0.50 euro, cioè se la differenza (in valore assoluto) tra i due importi risulterà superiore a 0,50

Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6) dovranno avere un importo pari al 60% della tariffa indicata nella TUC. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi, inclusi quelli del 7% delle Aziende miste e del 30% dell'Istituto Rizzoli.

Protesi ed altre procedure

Per il riconoscimento economico di alcune protesi e alcune procedure di alto costo è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG .

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per “codice intervento” o “codice diagnosi”, qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione di diagnosi secondarie).

DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria

✓ **Protesi cocleare**

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) **tariffa aggiuntiva € 22.188,77**

✓ **Stimolatore cerebrale**

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) **tariffa aggiuntiva € 13.500**

✓ **Ombrello atriale settale**

(codice intervento 35.52) associato al DRG 518; **tariffa aggiuntiva € 5.800**

*****Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (DRG 545)**

La tariffa DRG specifica è già omnicomprensiva della quota di € 1.343,25 per la revisione di sostituzione.

✓ **Neurostimolatore vagale**

(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 **tariffa aggiuntiva** per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a € **15.255,00**

✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

(codice intervento 86.06) ; **tariffa aggiuntiva € 3.500**

✓ **Trapianto di cellule staminali limbari**

DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € **2.524,12** alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.192,61 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva di € 12.192,61**)

✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico**

(codice intervento 20.95) associato al DRG 55; **tariffa aggiuntiva € 8.500**

✓ **Protesi dell'aorta addominale**

(codice intervento 39.71) ; **tariffa aggiuntiva € 3.500**

✓ **Protesi dell'aorta toracica**

(codice intervento 39.73) ; **tariffa aggiuntiva € 5.500**

DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero

✓ **Gamma knife**

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco)
tariffa per caso trattato pari a € 7.627,50

✓ **Ciber knife**

(codice intervento 92.31) **tariffa per caso trattato** pari a € 7.627,50

✓ **Interventi per obesità**

(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 **tariffa per caso trattato** pari a € 4.060,89

✓ **Neurostimolatore spinale**

(codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98)
tariffa per caso trattato pari a € 9.172,00

✓ **Brachiterapia**

(intervento 92.27-impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0,
tariffa per caso trattato pari a € 8.500,00

✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**

(intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, **tariffa per caso trattato** pari a € 5.000,00

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 19

-RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PER ACUTI O DECEDUTI)

Se la modalità di dimissione = 1 e 6 va utilizzata la tariffa DRG colonna (d)

-RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica colonna (a) ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia (colonna e) e la tariffa "pro die" della colonna (f).

Questa regola vale anche nel caso dei trapianti sia individuati da un DRG specifico che da un codice di intervento.

-RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital, colonna (c), è da intendersi per accesso.

Fanno eccezione a tale regola

- i DRG medici 124, 125, 323 (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG di tipo chirurgico (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG medici definiti "potenzialmente inappropriati" attribuiti a pazienti con età >14 anni (tariffa DRG specifica a caso trattato)

-TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.

Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61° giorno è abbattuta del 40%.

Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative di riabilitazione (codice 75,28,56) o di lungodegenza (codice 60) e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

-PSICHIATRIA

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

ATTIVITA' DI PRELIEVO E DI TRAPIANTO DI ORGANI

Le attività di trapianto investono anche una precedente fase di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo che non viene valorizzata attraverso i DRGs e quindi non rientra tra le attività oggetto di compensazione.

La presente regolamentazione ha lo scopo di incentivare le attività di trapianto e riguarda solo gli aspetti legati alla mobilità sanitaria interregionale, nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha chiaramente potestà diversa ed autonoma.

La casistica che è stata presa in esame riguarda esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas, intestino da donatore cadavere e non comprende prelievi da donatore vivente.

Osservazione, prelievo e trasporto

Qualora queste fasi siano effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse da quella sede di trapianto e di osservazione prelievo e trasporto, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di Euro 2.605,55 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994". La tariffa del trasporto è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 328,49.

Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di Euro 2.934,05. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito.

Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione e quindi con un importo di Euro 2.605,55.

In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di Euro 2.934,05.

L'addebito deve essere effettuato **aggiungendo** l'importo convenzionale di **Euro 2.934,05** o di **Euro 2.605,55** all'importo del DRG nel campo "importo degenza" del tracciato record relativo ai seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto pancreas individuato dagli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495
- Trapianto multiviscerale individuato dal codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
- Trapianto di intestino isolato individuato dal codice di intervento 46.97

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e devono essere addebitate dalla Regione erogatrice alla Regione di residenza del paziente, in quanto soggette alla compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione di quei trapianti per i quali è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG è riportata nel tariffario allegato

TRAPIANTO DI CORNEA

Il DRG 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)
Tariffa specifica € 2.524,12

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Se è presente il codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
Tariffa specifica € 244.673,64

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Codice di intervento 46.97
Tariffa specifica € 169.697,36

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO

Interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
Tariffa specifica € 60.963,05

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono incrementate secondo le regole su indicate .

ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
ANNO 2006 e gennaio 2007 per donatori consanguinei e non consanguinei e dal 1°
febbraio 2007 solo per donatori consanguinei

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente. La presente regolamentazione riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria ed è valida per l'attività dell'anno 2006. Per le attività dell'anno 2007 (1° febbraio) vengono introdotte regole differenti solo per le ricerche ed i prelievi su donatori non consanguinei. Per i donatori consanguinei restano in vigore le regole descritte.

Ricerca del donatore

Le analisi relative all'iscrizione dei pazienti ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale, anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. La struttura che effettua le indagini fatturerà tali prestazioni direttamente alla ASL/ULS/USL di residenza del paziente candidato ricevente secondo le tariffe previste dal nomenclatore regionale. Le informazioni necessarie per tali fatturazioni sono acquisibili tramite il Registro che ha richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09 ; la tariffa è di Euro 37.197,79. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 85.761,58.

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

DRG 467: diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo.

Diagnosi V593	donatore di midollo osseo
Intervento 4191	aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
Diagnosi V5902	donatore di sangue, cellule staminali
Intervento 9979	altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero.

Nei casi in cui la regione sede del prelievo sia diversa dalla regione sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.330,24.

Tutti gli oneri relativi all'eventuale trasporto sono a carico della struttura che effettua il trapianto, esclusivamente per i prelievi effettuati in Italia.

ATTIVITA' DI RICERCA E REPERIMENTO DI CSE (MIDOLLARI, CORDONALI E PERIFERICHE) AI FINI DI TRAPIANTO
A PARTIRE DAL 1° FEBBRAIO 2007 per donatori non consanguinei

Le attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) sono precedute dalle fasi di ricerca e di reperimento i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente.

La presente regolamentazione, valida **a partire dalle ricerche attivate dal 1° febbraio 2007** ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni del 5.10.2006 (provv. n. 2637), riguarda gli aspetti legati alla compensazione della mobilità sanitaria di detta attività (ricerca e reperimento di cse midollari, cordonali e periferiche) ai fini di trapianto in Italia da donatori non consanguinei (midollare e periferico) e da banche cordonali. **Per le ricerche e i prelievi effettuati su donatori consanguinei restano in vigore le norme precedenti.**

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

Le analisi relative all'iscrizione dei donatori ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale (IBMDR), anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. L'attivazione della ricerca verrà condivisa dal Galliera, ove ha sede l'IBMDR, con l'Azienda USL di residenza del paziente ricevente per il quale tale ricerca viene attivata tramite l'acquisizione di apposita informativa.

I Centri che effettuano le indagini sui candidati donatori e il centro che effettuerà la prestazione legata al prelievo di cellule staminali o le banche di cellule staminali cordonali fattureranno tali prestazioni direttamente a:

Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera"

– Gestione I.B.M.D.R. –

Via Volta 19/5

16128 Genova

cod. fiscale e partita I.V.A.: 00557720109

utilizzando il tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R. e di seguito riportato.

Tutte le prestazioni ambulatoriali legate all'attività di ricerca verranno inviate ad importo zero perché già fatturate all'IBMDR.

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; la tariffa è di Euro 37.197,79. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 85.761,58.

Prelievo di CSE midollari

I record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

DRG 467: diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo.

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero o comunque così verranno considerati dalla Regione ricevente perché già fatturato all'IBMDR.

La Regione Liguria in sede di ripartizione del fondo sanitario riceverà un anticipo degli importi necessari all'IBMDR per il pagamento delle attività di ricerca. **La Regione Liguria provvederà a trasmettere a ciascuna Regione e PP.AA. e al coordinamento gli addebiti riguardanti l'attività di ricerca dell'IBMDR nel rispetto della scadenza prevista per l'invio degli altri addebiti di mobilità.**

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ANNO 2009

MDC	REGIME ORDINARIO						DAY HOSPITAL		
	Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione	Tariffa oltre il 60° giorno	Codice 60 Lungodegenza	Tariffa oltre il 60° giorno	Tariffa per accesso		
							Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione
01-SISTEMA NERVOSO	400,22	373,53	270,54	162,32	142,47	85,48	308,96	264,15	216,44
02-OCCHIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
04-APP. RESPIRATORIO	400,22	373,53	238,53	143,11	142,47	85,48	308,96	264,15	190,82
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	400,22	373,53	259,34	155,6	142,47	85,48	308,96	264,15	207,47
06-APP. DIGERENTE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	400,22	373,53	244,93	146,96	142,47	85,48	308,96	264,15	195,95
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
11-RENE E VIE URINARIE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
15-PERiodo NEONATALE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
22-USTIONI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
25-INFEZIONI DA HIV	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
NON CLASSIFICABILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	1	C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC	13.493,39	2.728,17	2.728,17	5.456,34	57	53	334,98	4,1798
Alta complessità	1	C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	10.246,10	2.071,61	2.071,61	4.143,22	34	34	254,36	3,1739
Alta complessità	1	C	003	Craniotomia, età < 18 anni	10.070,64	2.031,03	2.031,03	4.062,06	54	40	312,71	2,3194
Potenzialmente inappropriato	1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	900,66	900,66	900,66	900,66	11	4	287,1	0,7369
Alta complessità	1	C	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.195,16	1.369,31	1.369,31	2.738,62	83	39	214,52	2,3427
	1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.862,44	2.289,95	2.289,95	2.289,95	25	10	176,63	1,5811
	1	M	009	Malattie e traumasmi del midollo spinale	4.644,79	227,12	227,12	454,24	41	24	236,4	1,2757
	1	M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.327,73	292,97	292,97	585,94	63	33	252,95	1,3787
	1	M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	2.831,33	274,28	274,28	548,56	50	32	231,06	1,0329
	1	M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.542,11	192,11	192,11	384,22	48	23	206,51	0,9103
	1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.337,81	189,12	189,12	378,24	43	17	209,72	0,7921
	1	M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.532,37	202,46	202,46	404,92	52	30	207,7	1,2605
	1	M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.362,82	210,11	210,11	420,22	24	23	223,52	0,8996
	1	M	016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	3.253,07	208,75	208,75	417,50	41	24	213,98	1,2715
	1	M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.334,78	184	184	368,00	37	17	137,67	0,8471
	1	M	018	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	2.689,54	204,49	204,49	408,98	37	24	210,78	1,0912
Potenzialmente inappropriato	1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.303,67	197,66	197,66	395,32	33	20	157,42	0,7168
	1	M	021	Meningite virale	2.667,58	201,5	201,5	403,00	31	22	146,2	0,7956
	1	M	022	Encefalopatia ipertensiva	2.943,82	207,9	207,9	415,80	31	14	223,59	0,9386
	1	M	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.429,44	193,38	193,38	386,76	41	27	176,63	0,8025
	1	M	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.518,18	251,02	251,02	502,04	19	10	269,48	0,4853
	1	M	027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	3.965,31	261,69	261,69	523,38	37	28	252,41	1,5179

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	1	M	028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.700,42	255,29	255,29	510,58	31	27	262,02	1,3120
	1	M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	1.888,76	220,71	220,71	441,42	14	18	228,93	0,8898
	1	M	030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.237,39	302,68	302,68	605,36	7	4	302,58	0,4185
	1	M	031	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	1.837,50	351,35	351,35	702,70	25	17	336,72	1,1124
	1	M	032	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.231,05	299,69	299,69	599,38	11	10	176,1	0,7013
	1	M	033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	972,5	347,93	347,93	695,86	7	4	348,46	0,4028
	1	M	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.184,60	182,52	182,52	365,04	49	31	187,25	1,1364
	1	M	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	1.907,57	109,33	109,33	218,66	41	21	112,16	0,6807
	2	C	036	Interventi sulla retina	2.937,69	2.350,14	2.350,14	2.350,14	24	10	191,04	0,8348
	2	C	037	Interventi sull'orbita	3.477,19	2.781,75	2.781,75	2.781,75	28	17	249,74	1,4700
	2	C	038	Interventi primari sull'iride	2.021,96	1.617,57	1.617,57	1.617,57	17	10	230,52	0,8505
Potenzialmente inappropriato	2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.124,75	1.124,75	1.124,75	1.124,75	14	4	251,34	0,4834
Potenzialmente inappropriato	2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.155,60	1.155,60	1.155,60	1.155,60	11	7	270,01	0,8800
Potenzialmente inappropriato	2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.072,89	1.072,89	1.072,89	1.072,89	7	4	271,09	0,5851
Potenzialmente inappropriato	2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.893,08	1.893,08	1.893,08	1.893,08	21	10	202,78	0,8445
	2	M	043	Ifema	1.023,75	199,36	199,36	398,72	14	10	184,1	0,4338
	2	M	044	Infezioni acute maggiori dell'occhio	2.095,14	203,2	203,2	406,40	27	20	156,88	0,6302
	2	M	045	Malattie neurologiche dell'occhio	1.969,04	245,89	245,89	491,78	25	17	255,07	0,7576
	2	M	046	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.059,41	237,36	237,36	474,72	29	24	250,27	0,8331
	2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.557,80	220,28	220,28	440,56	23	14	232,66	0,5865
	2	M	048	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.438,80	262,55	262,55	525,10	15	10	291,36	0,4041
Alta complessità	3	C	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.910,46	2.050,24	2.050,24	4.100,48	71	35	201,71	2,0117

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	3	C	050	Sialoadenectomia	2.791,47	2.233,17	2.233,17	2.233,17	24	11	230,52	1,2243
	3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	2.446,74	1.957,39	1.957,39	1.957,39	17	10	227,86	1,0207
	3	C	052	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.461,14	1.968,91	1.968,91	1.968,91	18	14	218,26	1,0245
	3	C	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.310,65	1.848,52	1.848,52	1.848,52	17	7	201,71	0,9386
	3	C	054	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.160,17	1.728,13	1.728,13	1.728,13	21	10	165,43	1,0271
Potenzialmente inappropriato	3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.548,49	1.548,49	1.548,49	1.548,49	14	4	227,86	0,8198
	3	C	056	Rinoplastica	1.818,64	1.454,91	1.454,91	1.454,91	14	7	217,72	0,9354
	3	C	057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	1.531,55	1.225,23	1.225,23	1.225,23	11	7	194,25	0,5965
	3	C	058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.448,30	1.158,63	1.158,63	1.158,63	5	4	260,41	0,5327
	3	C	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.052,86	842,28	842,28	842,28	7	7	183,57	0,5892
	3	C	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	697,46	557,97	557,97	557,97	5	4	234,27	0,3999
	3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	2.440,33	1.952,26	1.952,26	1.952,26	15	7	375,68	1,1514
	3	C	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.394,93	1.115,93	1.115,93	1.115,93	7	4	304,7	0,5501
	3	C	063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.359,80	2.687,83	2.687,83	2.687,83	24	13	210,25	1,4586
	3	M	064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.091,69	292,97	292,97	585,94	37	28	235,86	1,1392
Potenzialmente inappropriato	3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	1.166,01	202,77	202,77	405,54	24	13	220,38	0,5827
	3	M	066	Epistassi	1.412,94	227,96	227,96	455,92	17	13	175,03	0,5555
	3	M	067	Epiglottite	1.574,42	296,27	296,27	592,54	17	10	270,01	0,5478
	3	M	068	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	2.076,92	222,42	222,42	444,84	27	16	250,8	0,6264
	3	M	069	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.483,95	198,93	198,93	397,86	17	10	217,72	0,4364
	3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1.196,57	218,14	218,14	436,28	11	7	192,64	0,3156
	3	M	071	Laringotracheite	1.467,83	214,31	214,31	428,62	11	10	256,14	0,2391

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	3	M	072	Traumatismi e deformità del naso	1.732,72	306,08	306,08	612,16	14	10	294,56	0,6547
	3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.770,82	256,99	256,99	513,98	17	13	266,81	0,6101
	3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	1.211,08	299,69	299,69	599,38	7	7	283,9	0,3479
Alta complessità	4	C	075	Interventi maggiori sul torace	8.335,44	1.974,99	1.974,99	3.949,98	48	28	227,33	2,3960
Alta complessità	4	C	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	7.894,04	1.250,85	1.250,85	2.501,70	64	44	220,92	2,4914
	4	C	077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.770,11	2.216,09	2.216,09	2.216,09	45	31	210,78	1,4990
	4	M	078	Embolia polmonare	3.773,90	202,77	202,77	405,54	55	31	211,31	1,3409
	4	M	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.860,89	192,12	192,12	384,24	79	40	209,19	1,7612
	4	M	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.022,78	167,35	167,35	334,70	92	44	192,1	1,2661
	4	M	081	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	3.792,94	269,81	269,81	539,62	41	27	300,43	2,1163
	4	M	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.347,96	213,45	213,45	426,90	47	34	173,43	1,3292
	4	M	083	Traumi maggiori del torace con CC	2.123,73	236,08	236,08	472,16	24	20	233,73	0,8415
	4	M	084	Traumi maggiori del torace senza CC	1.291,38	219,43	219,43	438,86	17	10	225,73	0,5879
	4	M	085	Versamento pleurico con CC	3.838,76	207,05	207,05	414,10	51	30	235,86	1,3703
	4	M	086	Versamento pleurico senza CC	3.375,18	201,07	201,07	402,14	48	30	144,08	1,0366
	4	M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.778,25	223,7	223,7	447,40	31	27	221,99	1,2243
	4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	2.385,15	169,48	169,48	338,96	31	21	186,76	0,8209
	4	M	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.280,81	198,51	198,51	397,02	38	28	217,72	1,1394
	4	M	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.189,20	160,09	160,09	320,18	31	24	128,6	0,7579
	4	M	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.710,49	200,22	200,22	400,44	17	14	229,99	0,4735
	4	M	092	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.127,70	190,82	190,82	381,64	44	27	208,65	1,2842
	4	M	093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.743,78	181,86	181,86	363,72	39	23	202,78	0,9037

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	4	M	094	Pneumotorace con CC	3.767,55	210,46	210,46	420,92	41	27	225,73	1,2102
	4	M	095	Pneumotorace senza CC	1.980,83	178,02	178,02	356,04	24	17	191,04	0,6905
	4	M	096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	1.962,52	183,56	183,56	367,12	28	18	197,98	0,8033
	4	M	097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.540,72	162,65	162,65	325,30	27	17	134,47	0,5563
	4	M	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.350,80	208,75	208,75	417,50	17	10	240,13	0,3816
	4	M	099	Segni e sintomi respiratori con CC	2.129,01	180,59	180,59	361,18	41	27	118,99	0,8876
	4	M	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.579,57	167,77	167,77	335,54	37	14	111,52	0,4835
	4	M	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.476,51	229,68	229,68	459,36	34	24	242,27	0,9305
	4	M	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.486,92	213,02	213,02	426,04	25	13	231,06	0,6018
Alta complessità	Pre	C	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.104,83	0	0	0	70	91	597,67	14,5725
Alta complessità	5	C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	21.888,39	12.445,76	12.445,76	12.445,76	48	35	696,93	6,0620
Alta complessità	5	C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	17.395,06	7.392,35	7.392,35	14.784,70	38	28	319,44	4,5572
Alta complessità	5	C	106	Bypass coronarico con PTCA	22.203,27	17.762,61	17.762,61	17.762,61	52	39	676,12	5,4736
Alta complessità	5	C	108	Altri interventi cardiotoracici	12.914,07	4.225,90	4.225,90	8.451,80	32	37	385,81	4,1166
Alta complessità	5	C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	11.585,16	2.905,14	2.905,14	5.810,28	61	33	292,43	3,3918
Alta complessità	5	C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	7.102,74	1.995,80	1.995,80	3.991,60	45	24	239,07	2,5742
	5	C	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	9.764,55	7.811,64	7.811,64	7.811,64	87	57	221,45	3,1389
	5	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.657,70	5.326,15	5.326,15	5.326,15	82	45	243,88	1,8488
	5	C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5.034,36	4.027,48	4.027,48	4.027,48	28	17	308,45	1,0645
	5	C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	6.670,50	5.336,39	5.336,39	5.336,39	32	7	268,42	1,0532
Potenzialmente inappropriato	5	C	119	Legatura e stripping di vene	1.471,24	1.471,24	1.471,24	1.471,24	14	4	252,95	0,7350
	5	C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.846,61	5.477,28	5.477,28	5.477,28	65	37	322,85	2,0581

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	5	M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.289,18	244,19	244,19	488,38	32	21	245,47	1,5817
	5	M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.416,01	242,06	242,06	484,12	26	17	242,27	1,2157
	5	M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	3.083,52	359,89	359,89	719,78	27	23	315,37	1,3033
	5	M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.741,88	2.993,50	2.993,50	2.993,50	37	21	373,02	1,1950
	5	M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1.795,17	1.436,13	1.436,13	1.436,13	14	7	254,53	0,7002
	5	M	126	Endocardite acuta e subacuta	7.340,97	216,87	216,87	433,74	98	74	232,12	3,7891
	5	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	2.715,21	196,8	196,8	393,60	34	21	205,44	1,0270
	5	M	128	Tromboflebite delle vene profonde	2.309,70	174,61	174,61	349,22	31	21	189,97	0,7518
	5	M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	3.548,90	273,65	273,65	547,30	56	32	207,58	1,3124
	5	M	130	Malattie vascolari periferiche con CC	2.913,66	206,19	206,19	412,38	48	23	220,92	1,0117
Potenzialmente inappropriato	5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.320,40	186,98	186,98	373,96	39	21	204,38	0,5993
	5	M	132	Aterosclerosi con CC	2.505,54	205,77	205,77	411,54	34	20	156,35	0,8086
Potenzialmente inappropriato	5	M	133	Aterosclerosi senza CC	1.163,11	190,82	190,82	381,64	34	17	143,54	0,6284
Potenzialmente inappropriato	5	M	134	Iperensione	1.041,41	193,82	193,82	387,64	27	17	153,15	0,6701
	5	M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.672,12	218,57	218,57	437,14	34	24	220,38	0,9689
	5	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	1.830,70	197,23	197,23	394,46	35	17	217,18	0,6748
	5	M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	2.811,36	383,79	383,79	767,58	19	10	367,67	0,8484
	5	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.838,58	265,53	265,53	531,06	31	17	287,1	0,8028
	5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.663,77	201,5	201,5	403,00	25	10	216,12	0,5223
	5	M	140	Angina pectoris	1.914,16	203,63	203,63	407,26	24	14	218,26	0,6197
	5	M	141	Sincope e collasso con CC	2.122,36	217,72	217,72	435,44	27	20	162,22	0,7693
Potenzialmente inappropriato	5	M	142	Sincope e collasso senza CC	1.099,76	200,64	200,64	401,28	21	13	147,81	0,5969

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	5	M	143	Dolore toracico	1.855,35	315,9	315,9	631,80	19	10	350,06	0,4879
	5	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.260,33	237,36	237,36	474,72	37	23	242,8	1,1779
	5	M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.219,51	208,33	208,33	416,66	41	21	225,73	0,6869
Alta complessità	6	C	146	Resezione rettale con CC	9.496,54	1.900,81	1.900,81	3.801,62	66	45	221,45	2,9562
Alta complessità	6	C	147	Resezione rettale senza CC	6.633,15	1.501,66	1.501,66	3.003,32	54	37	202,78	2,1564
Alta complessità	6	C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.839,51	1.341,05	1.341,05	2.682,10	49	28	153,68	1,9057
	6	C	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	5.729,69	4.583,75	4.583,75	4.583,75	41	30	251,87	2,3632
	6	C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	3.076,97	2.461,58	2.461,58	2.461,58	26	17	194,78	1,5241
	6	C	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.145,35	4.116,28	4.116,28	4.116,28	48	33	215,58	1,9591
	6	C	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.607,94	2.886,34	2.886,34	2.886,34	34	20	206,51	1,3960
	6	C	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	5.054,63	4.043,70	4.043,70	4.043,70	48	34	192,1	2,1457
Alta complessità	6	C	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.333,52	1.146,26	1.146,26	2.292,52	24	24	248,14	1,2426
	6	C	157	Interventi su ano e stoma con CC	3.568,98	2.855,18	2.855,18	2.855,18	34	21	225,73	1,1158
Potenzialmente inappropriato	6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	1.371,19	1.371,19	1.371,19	1.371,19	17	10	223,05	0,6093
	6	C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	5.062,64	4.050,11	4.050,11	4.050,11	44	27	203,32	1,4492
Potenzialmente inappropriato	6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.852,67	1.852,67	1.852,67	1.852,67	27	13	199,58	1,0953
	6	C	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	2.952,63	2.362,10	2.362,10	2.362,10	27	13	237,47	0,9993
Potenzialmente inappropriato	6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.434,43	1.434,43	1.434,43	1.434,43	14	7	215,05	0,7448
Potenzialmente inappropriato	6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.081,76	1.081,76	1.081,76	1.081,76	7	4	304,17	0,6383
	6	C	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.450,03	3.560,02	3.560,02	3.560,02	28	21	240,13	1,4998
	6	C	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	2.314,40	1.851,51	1.851,51	1.851,51	12	14	229,46	1,1181
	6	C	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.215,70	2.572,56	2.572,56	2.572,56	22	14	233,73	1,1639

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	6	C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.685,24	1.348,19	1.348,19	1.348,19	12	8	192,1	0,8102
	3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	3.757,89	3.006,30	3.006,30	3.006,30	43	10	204,38	1,0520
	3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	2.575,35	2.060,27	2.060,27	2.060,27	23	7	202,24	0,9013
	6	C	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	7.310,88	5.848,71	5.848,71	5.848,71	64	47	251,87	2,6806
	6	C	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.055,66	3.244,52	3.244,52	3.244,52	44	31	220,38	1,6750
	6	M	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	3.464,10	279,62	279,62	559,24	53	37	245,47	1,4942
	6	M	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	3.202,83	276,96	276,96	553,92	51	28	224,66	0,8939
	6	M	174	Emorragia gastrointestinale con CC	3.167,74	218,68	218,68	437,36	37	21	218,47	1,0599
	6	M	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	1.884,23	190,4	190,4	380,80	27	17	199,04	0,6562
	6	M	176	Ulcera peptica complicata	2.582,75	223,27	223,27	446,54	31	20	221,99	1,0127
	6	M	177	Ulcera peptica non complicata con CC	2.565,07	184,42	184,42	368,84	34	21	191,04	0,9769
	6	M	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	1.746,78	178,02	178,02	356,04	27	17	140,87	0,7185
	6	M	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	2.866,71	204,06	204,06	408,12	38	27	216,65	1,0586
	6	M	180	Occlusione gastrointestinale con CC	2.431,71	213,02	213,02	426,04	34	23	221,45	0,8868
	6	M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.574,42	184,42	184,42	368,84	24	14	140,34	0,5614
	6	M	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.060,27	195,52	195,52	391,04	31	20	155,28	0,7681
Potenzialmente inappropriato	6	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.160,99	188,69	188,69	377,38	25	13	153,68	0,5568
Potenzialmente inappropriato	6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	854,52	194,63	194,63	389,26	11	7	218,82	0,3014
	3	M	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	1.614,14	257,42	257,42	514,84	23	18	244,93	0,6621
	3	M	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.400,68	240,78	240,78	481,56	15	10	263,08	0,4601
Potenzialmente inappropriato	3	M	187	Estrazioni e riparazioni dentali	857,4	306,95	306,95	613,90	11	7	262,02	0,5300
	6	M	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.739,92	221,57	221,57	443,14	39	24	225,73	1,0034

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.524,92	207,05	207,05	414,10	21	14	221,99	0,5224
	6	M	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.435,16	229,25	229,25	458,50	15	7	251,87	0,3783
Alta complessità	7	C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.425,32	2.485,15	2.485,15	4.970,30	71	57	274,82	3,5599
Alta complessità	7	C	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	8.301,98	1.529,41	1.529,41	3.058,82	59	37	221,99	2,5966
Alta complessità	7	C	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	9.970,85	1.950,98	1.950,98	3.901,96	62	60	241,19	3,6085
	7	C	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.771,90	5.417,52	5.417,52	5.417,52	57	51	240,67	2,9871
	7	C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	7.168,92	5.735,15	5.735,15	5.735,15	50	40	213,98	2,4776
	7	C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.679,49	3.743,59	3.743,59	3.743,59	46	24	141,41	2,1918
	7	C	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.899,57	4.719,65	4.719,65	4.719,65	48	40	207,58	2,4752
	7	C	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.106,02	2.484,82	2.484,82	2.484,82	27	24	201,18	1,5546
	7	C	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.808,71	5.446,98	5.446,98	5.446,98	61	45	171,82	2,2656
	7	C	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	6.438,37	5.150,70	5.150,70	5.150,70	45	50	289,76	2,7306
	7	C	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.807,20	7.045,76	7.045,76	7.045,76	86	51	334,05	2,8743
	7	M	202	Cirrosi e epatite alcolica	3.384,56	263,83	263,83	527,66	41	27	256,67	1,2862
	7	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.090,33	282,83	282,83	565,66	51	35	226,25	1,2825
	7	M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	2.723,70	200,22	200,22	400,44	37	24	210,25	1,0518
	7	M	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.115,60	225,4	225,4	450,80	42	27	250,27	1,1589
	7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.977,02	223,7	223,7	447,40	41	21	225,19	0,8236
	7	M	207	Malattie delle vie biliari con CC	2.831,70	209,62	209,62	419,24	37	24	201,18	1,1620
Potenzialmente inappropriato	7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	1.179,25	189,54	189,54	379,08	31	17	161,68	0,6681
	8	C	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	7.834,37	6.267,50	6.267,50	6.267,50	62	32	185,18	2,0942
	8	C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	4.406,80	3.525,44	3.525,44	3.525,44	37	30	183,03	1,7174

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	8	C	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.658,71	4.526,97	4.526,97	4.526,97	41	28	281,22	1,5008
	8	C	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.048,28	4.838,61	4.838,61	4.838,61	82	63	163,83	2,2148
	8	C	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.861,46	3.889,16	3.889,16	3.889,16	37	24	320,72	1,3106
Alta complessità	8	C	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	9.262,34	2.257,82	2.257,82	4.515,64	69	45	263,08	2,5978
	8	C	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	5.837,49	4.669,98	4.669,98	4.669,98	48	31	191,57	2,0194
	8	C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.859,77	2.287,82	2.287,82	2.287,82	31	20	181,43	1,3446
	8	C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.636,18	2.108,94	2.108,94	2.108,94	24	17	210,78	1,0869
	8	C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.471,29	1.977,02	1.977,02	1.977,02	24	4	203,32	1,0013
	8	C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.108,41	1.686,73	1.686,73	1.686,73	21	13	193,71	1,0375
	8	C	225	Interventi sul piede	2.351,21	1.880,97	1.880,97	1.880,97	21	7	234,8	0,8826
	8	C	226	Interventi sui tessuti molli con CC	4.727,51	3.782,01	3.782,01	3.782,01	42	24	210,78	1,5387
	8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	2.015,02	1.612,02	1.612,02	1.612,02	17	10	209,19	0,8846
	8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	2.251,42	1.801,14	1.801,14	1.801,14	21	10	239,6	0,9752
	8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.581,70	1.265,35	1.265,35	1.265,35	11	7	201,71	0,7372
	8	C	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.385,37	1.908,29	1.908,29	1.908,29	21	13	155,28	0,9325
Potenzialmente inappropriato	8	C	232	Artroscopia	1.531,28	1.531,28	1.531,28	1.531,28	14	7	201,18	0,7595
	8	C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.212,69	5.770,15	5.770,15	5.770,15	47	34	260,41	2,0269
	8	C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.416,90	2.733,51	2.733,51	2.733,51	42	13	211,85	1,2519
	8	M	235	Fratture del femore	3.403,77	236,94	236,94	473,88	50	23	257,21	0,5858
	8	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	3.420,09	242,48	242,48	484,96	51	21	271,09	0,6652
	8	M	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.786,71	204,91	204,91	409,82	33	17	212,38	0,6533
	8	M	238	Osteomielite	3.772,08	225,4	225,4	450,80	51	44	146,2	1,7119

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	8	M	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2.942,01	299,89	299,89	599,78	37	30	246,54	1,1075
	8	M	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.149,93	219,43	219,43	438,86	47	30	178,77	1,2952
	8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	2.651,25	199,36	199,36	398,72	50	20	147,28	0,8096
	8	M	242	Artrite settica	3.543,01	249,32	249,32	498,64	60	40	159,56	1,2626
Potenzialmente inappropriato	8	M	243	Affezioni mediche del dorso	1.268,00	199,8	199,8	399,60	31	21	136,07	0,6837
	8	M	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.455,17	237,36	237,36	474,72	37	23	137,13	0,8398
	8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.743,50	194,24	194,24	388,48	39	28	106,72	0,5605
	8	M	246	Artropatie non specifiche	1.966,33	189,98	189,98	379,96	39	20	127	0,6199
	8	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.583,85	207,48	207,48	414,96	41	17	147,81	0,5435
	8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	1.737,25	201,93	201,93	403,86	32	23	215,05	0,7633
	8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.215,83	248,03	248,03	496,06	15	18	230,52	0,6192
	8	M	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	1.900,09	380,37	380,37	760,74	25	16	179,3	0,6694
	8	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	1.307,70	276,21	276,21	552,42	11	7	169,16	0,4164
	8	M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	922,6	302,25	302,25	604,50	4	4	247,07	0,2983
	8	M	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.100,59	265,1	265,1	530,20	31	24	201,71	0,7515
	8	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1.252,36	192,95	192,95	385,90	15	10	149,41	0,4225
	8	M	255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.235,14	297,13	297,13	594,26	11	7	212,92	0,3765
	8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.435,26	230,53	230,53	461,06	23	14	181,43	0,6224
	9	C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	4.537,00	3.629,59	3.629,59	3.629,59	38	14	205,44	1,2850
	9	C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	2.933,41	2.346,73	2.346,73	2.346,73	29	14	196,37	1,1697
	9	C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	4.451,62	3.561,30	3.561,30	3.561,30	37	13	187,3	1,0107
	9	C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.460,61	1.968,48	1.968,48	1.968,48	24	10	162,75	0,8896

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	9	C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.601,49	2.081,19	2.081,19	2.081,19	17	10	239,07	1,1165
Potenzialmente inappropriato	9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.234,71	1.234,71	1.234,71	1.234,71	11	7	254,53	0,5990
	9	C	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.198,28	5.758,62	5.758,62	5.758,62	97	37	135,01	2,3324
	9	C	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.244,57	3.395,65	3.395,65	3.395,65	72	37	122,73	1,4659
	9	C	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.978,33	3.982,65	3.982,65	3.982,65	43	17	218,79	1,2856
	9	C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.765,31	2.212,25	2.212,25	2.212,25	23	10	169,7	0,9665
Potenzialmente inappropriato	9	C	267	Interventi perianali e pilonidali	1.550,09	1.550,09	1.550,09	1.550,09	21	7	232,12	0,5312
	9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.206,07	1.764,85	1.764,85	1.764,85	19	10	218,79	1,2732
	9	C	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	4.263,78	3.411,03	3.411,03	3.411,03	49	31	259,35	1,6138
Potenzialmente inappropriato	9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.359,19	1.359,19	1.359,19	1.359,19	19	7	220,92	0,7668
	9	M	271	Ulcere della pelle	3.841,03	172,9	172,9	345,80	61	30	187,84	1,2955
	9	M	272	Malattie maggiori della pelle con CC	3.305,79	229,68	229,68	459,36	44	27	233,73	0,9417
	9	M	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.410,84	181,43	181,43	362,86	38	20	208,65	0,5861
	9	M	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.970,76	331,38	331,38	662,76	59	34	198,51	1,3320
	9	M	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.641,73	275,88	275,88	551,76	27	17	165,43	0,6197
Potenzialmente inappropriato	9	M	276	Patologie non maligne della mammella	710,81	216,44	216,44	432,88	19	10	217,72	0,4367
	9	M	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	2.797,98	189,98	189,98	379,96	37	30	136,61	1,0480
	9	M	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	1.658,54	180,59	180,59	361,18	28	21	135,01	0,6153
	9	M	279	Cellulite, età < 18 anni	1.345,81	223,7	223,7	447,40	14	10	255,07	0,4545
	9	M	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	1.596,22	272,79	272,79	545,58	25	17	276,42	0,7470
Potenzialmente inappropriato	9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1.018,98	267,67	267,67	535,34	15	7	267,35	0,6066
Potenzialmente inappropriato	9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	1.225,00	416,66	416,66	833,32	7	4	239,6	0,3376

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Potenzialmente inappropriato	9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	1.490,99	203,63	203,63	407,26	34	20	151,55	0,7898
Potenzialmente inappropriato	9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	881,58	193,82	193,82	387,64	27	13	217,18	0,4238
	10	C	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	9.976,94	7.981,55	7.981,55	7.981,55	104	59	134,47	2,5557
Alta complessità	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.977,38	1.705,51	1.705,51	3.411,02	38	27	266,81	1,9902
Alta complessità	10	C	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	7.262,42	1.420,55	1.420,55	2.841,10	69	34	174,5	1,9678
	10	C	288	Interventi per obesità	3.691,72	2.953,37	2.953,37	2.953,37	41	17	187,84	1,8598
	10	C	289	Interventi sulle paratiroidi	3.693,86	2.955,08	2.955,08	2.955,08	28	11	241,73	0,8732
	10	C	290	Interventi sulla tiroide	2.578,54	2.062,82	2.062,82	2.062,82	21	11	170,23	0,9978
	10	C	291	Interventi sul dotto tiroglossa	1.374,66	1.099,72	1.099,72	1.099,72	14	7	207,05	0,8181
	10	C	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	8.055,30	6.444,24	6.444,24	6.444,24	65	27	350,06	2,2587
	10	C	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.209,92	4.167,93	4.167,93	4.167,93	43	14	132,87	1,4772
Potenzialmente inappropriato	10	M	294	Diabete, età > 35 anni	1.335,17	185,28	185,28	370,56	34	20	140,87	0,9845
	10	M	295	Diabete, età < 36 anni	1.810,10	251,45	251,45	502,90	32	17	267,35	0,6016
	10	M	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.909,80	205,34	205,34	410,68	41	23	233,73	0,8593
	10	M	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.247,10	198,51	198,51	397,02	39	21	209,19	0,5604
	10	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.349,44	205,34	205,34	410,68	15	7	209,72	0,2651
	10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	2.465,73	281,76	281,76	563,52	27	17	238,53	0,6979
	10	M	300	Malattie endocrine con CC	2.770,65	230,53	230,53	461,06	42	20	238,53	0,9965
Potenzialmente inappropriato	10	M	301	Malattie endocrine senza CC	1.001,38	230,53	230,53	461,06	32	17	160,62	0,5049
Alta complessità	11	C	302	Trapianto renale	43.865,45	0	0	0	62	42	768,97	10,2927
Alta complessità	11	C	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	6.486,41	1.469,97	1.469,97	2.939,94	58	25	148,85	1,9629
Alta complessità	11	C	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.510,12	1.503,80	1.503,80	3.007,60	51	34	232,66	1,8026

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	11	C	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	5.017,82	4.014,25	4.014,25	4.014,25	37	20	226,79	1,5231
	11	C	306	Prostatectomia con CC	4.630,93	3.704,74	3.704,74	3.704,74	44	18	225,19	1,2221
	11	C	307	Prostatectomia senza CC	2.868,85	2.295,07	2.295,07	2.295,07	28	14	186,76	1,0155
	11	C	308	Interventi minori sulla vescica con CC	5.459,13	4.367,31	4.367,31	4.367,31	55	24	291,9	1,5522
	11	C	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.525,23	2.820,17	2.820,17	2.820,17	42	13	162,22	1,0453
	11	C	310	Interventi per via transuretrale con CC	3.752,56	3.002,04	3.002,04	3.002,04	31	17	267,89	1,0057
	11	C	311	Interventi per via transuretrale senza CC	2.129,75	1.703,79	1.703,79	1.703,79	21	10	166,49	0,7204
	11	C	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	2.398,71	1.918,96	1.918,96	1.918,96	31	17	217,18	1,1378
	11	C	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.184,18	1.747,35	1.747,35	1.747,35	24	10	193,17	1,0316
	11	C	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2.457,41	1.965,92	1.965,92	1.965,92	25	17	207,05	1,2121
	11	C	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	5.973,03	4.778,43	4.778,43	4.778,43	68	41	225,73	2,0141
	11	M	316	Insufficienza renale	3.482,69	266,81	266,81	533,62	46	27	260,94	1,1501
	11	M	317	Ricovero per dialisi renale	2.167,72	245,89	245,89	491,78	41	1	176,1	0,6553
	11	M	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	3.194,66	344,19	344,19	688,38	49	34	290,3	1,2854
	11	M	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.522,42	258,28	258,28	516,56	37	17	212,92	0,6912
	11	M	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.307,02	204,06	204,06	408,12	31	23	212,92	0,8462
	11	M	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.818,20	193,38	193,38	386,76	24	17	168,09	0,6057
	11	M	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.901,45	227,96	227,96	455,92	23	11	174,5	0,4272
	11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	2.865,64	2.292,51	2.292,51	2.292,51	17	10	255,07	0,5520
Potenzialmente inappropriato	11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	1.007,65	183,14	183,14	366,28	17	10	191,57	0,4010
	11	M	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.419,73	248,46	248,46	496,92	27	17	266,81	0,6193
Potenzialmente inappropriato	11	M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.280,48	218,14	218,14	436,28	21	10	236,4	0,4283

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.570,79	233,09	233,09	466,18	15	7	262,55	0,3400
	11	M	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.167,00	265,53	265,53	531,06	28	17	156,88	0,6628
	11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	1.255,12	199,36	199,36	398,72	25	10	128,6	0,4816
	11	M	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.127,63	256,58	256,58	513,16	15	7	180,89	0,2655
	11	M	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.726,68	218,14	218,14	436,28	42	27	225,19	1,0467
	11	M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.773,81	211,75	211,75	423,50	33	17	225,19	0,6109
	11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.970,40	283,04	283,04	566,08	15	13	288,16	0,6084
	12	C	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	5.625,10	4.500,07	4.500,07	4.500,07	43	20	217,72	2,2241
	12	C	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	4.526,33	3.621,06	3.621,06	3.621,06	33	16	211,85	1,9084
	12	C	336	Prostatectomia transuretrale con CC	3.574,32	2.859,45	2.859,45	2.859,45	35	15	188,91	1,0273
	12	C	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.717,82	2.174,25	2.174,25	2.174,25	28	11	183,03	0,8688
	12	C	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	3.322,45	2.657,95	2.657,95	2.657,95	24	10	233,73	0,9144
	12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.639,87	1.311,89	1.311,89	1.311,89	11	7	197,44	0,6763
	12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.504,85	1.203,88	1.203,88	1.203,88	7	4	308,96	0,5987
	12	C	341	Interventi sul pene	3.263,21	2.610,56	2.610,56	2.610,56	21	13	210,78	1,2213
	12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	1.505,93	1.204,75	1.204,75	1.204,75	11	4	273,76	0,5593
	12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	936	748,79	748,79	748,79	5	4	252,41	0,2944
	12	C	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.820,91	3.856,72	3.856,72	3.856,72	41	17	189,97	0,9423
	12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	3.132,47	2.505,97	2.505,97	2.505,97	27	17	233,73	0,9432
	12	M	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.580,22	300,43	300,43	600,86	45	35	255,07	1,1847
	12	M	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	2.489,77	273,76	273,76	547,52	41	10	238	0,6095
	12	M	348	Iperplasia prostatica benigna con CC	2.385,00	191,25	191,25	382,50	31	21	200,64	0,6199

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	12	M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	1.883,31	187,84	187,84	375,68	29	10	199,58	0,4249
	12	M	350	Inflammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.415,20	222,42	222,42	444,84	17	13	228,93	0,5708
	12	M	351	Sterilizzazione maschile	0	0	0	0	0	0	0	0,1967
	12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.340,38	389,34	389,34	778,68	15	7	199,04	0,4639
Alta complessità	13	C	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.619,64	2.021,43	2.021,43	4.042,86	38	22	265,75	1,7728
	13	C	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	5.893,52	4.714,81	4.714,81	4.714,81	57	37	183,03	2,0274
	13	C	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.345,92	2.676,73	2.676,73	2.676,73	29	15	137,67	1,2687
	13	C	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.832,56	2.266,05	2.266,05	2.266,05	23	11	139,81	0,9206
Alta complessità	13	C	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.966,57	1.736,47	1.736,47	3.472,94	45	27	197,44	1,7499
	13	C	358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	3.669,31	2.935,44	2.935,44	2.935,44	29	15	204,38	1,3388
	13	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.634,58	2.107,66	2.107,66	2.107,66	17	11	165,95	0,9785
	13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	2.007,56	1.606,04	1.606,04	1.606,04	11	10	252,95	0,8575
	13	C	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.717,78	1.374,22	1.374,22	1.374,22	11	7	262,02	0,7171
	13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	1.080,61	864,49	864,49	864,49	7	4	166,49	0,5599
	13	C	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.482,49	1.985,99	1.985,99	1.985,99	17	10	277,49	0,7937
Potenzialmente inappropriato	13	C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.142,10	1.142,10	1.142,10	1.142,10	7	4	243,34	0,5395
	13	C	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	3.838,47	3.070,77	3.070,77	3.070,77	43	23	191,04	1,2244
	13	M	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	3.486,31	321,78	321,78	643,56	55	37	266,28	1,3793
	13	M	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.028,93	291,36	291,36	582,72	27	21	260,94	0,6447
	13	M	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.626,58	213,45	213,45	426,90	17	10	181,43	0,5307
	13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.134,29	258,71	258,71	517,42	11	7	277,49	0,4208
	14	C	370	Parto cesareo con CC	3.484,13	2.787,30	2.787,30	2.787,30	22	14	199,04	0,9635

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	14	C	371	Parto cesareo senza CC	2.438,21	1.950,56	1.950,56	1.950,56	13	6	175,03	0,7334
	14	M	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.970,40	262,55	262,55	525,10	17	8	257,21	0,5649
	14	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.308,17	254,43	254,43	508,86	7	5	203,32	0,4439
	14	C	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.010,22	1.608,17	1.608,17	1.608,17	9	8	265,21	0,6946
	14	C	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	3.146,33	2.517,06	2.517,06	2.517,06	9	8	349,52	0,9140
	14	M	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.126,27	219,86	219,86	439,72	8	10	228,93	0,4582
	14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2.472,89	1.978,30	1.978,30	1.978,30	15	7	367,15	0,7871
	14	M	378	Gravidanza ectopica	1.984,46	247,17	247,17	494,34	14	10	187,3	0,5765
	14	M	379	Minaccia di aborto	1.805,74	238,21	238,21	476,42	17	10	223,05	0,4424
	14	M	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	966,15	286,45	286,45	572,90	7	7	195,83	0,3888
	14	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.393,86	1.115,09	1.115,09	1.115,09	4	4	304,7	0,4568
	14	M	382	Falso travaglio	385,54	277,92	277,92	277,92	19	4	97,65	0,2032
	14	M	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.367,13	239,5	239,5	479,00	14	10	199,04	0,4019
	14	M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	1.241,02	207,05	207,05	414,10	19	14	180,36	0,3964
	15	M	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	4.073,27	313,78	313,78	627,56	19	4	268,95	0,6891
Alta complessità	15	M	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	13.805,16	284,95	284,95	569,90	138	135	170,75	8,6877
Alta complessità	15	M	387	Prematurità con affezioni maggiori	7.697,97	269,48	269,48	538,96	83	51	162,75	3,5317
	15	M	388	Prematurità senza affezioni maggiori	3.882,23	189,44	189,44	378,88	48	20	186,23	0,8326
	15	M	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	1.874,68	210,25	210,25	420,50	17	11	132,34	0,7041
	15	M	390	Neonati con altre affezioni significative	1.338,90	167,03	167,03	334,06	14	5	98,72	0,2085
	15	M	391	Neonato normale	533,63	178,77	178,77	357,54	8	5	0	0,1598
Alta complessità	16	C	392	Splenectomia, età > 17 anni	6.887,91	1.639,33	1.639,33	3.278,66	32	22	301,5	1,9909

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	16	C	393	Splenectomia, età < 18 anni	4.471,90	3.577,52	3.577,52	3.577,52	20	13	240,67	1,1225
	16	C	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	3.911,58	3.129,26	3.129,26	3.129,26	29	17	307,37	1,1177
Potenzialmente inappropriato	16	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.054,84	231,38	231,38	462,76	43	23	246,54	0,8552
	16	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.373,92	254,43	254,43	508,86	11	13	234,8	0,5775
	16	M	397	Disturbi della coagulazione	4.207,53	360,3	360,3	720,60	37	20	348,46	0,9347
	16	M	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	5.492,70	316,94	316,94	633,88	57	27	203,69	1,2182
	16	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	2.556,00	233,52	233,52	467,04	32	17	174,5	0,6982
Alta complessità	17	C	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	10.174,58	1.363,98	1.363,98	2.727,96	78	55	281,22	3,0119
	17	C	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.885,44	3.108,34	3.108,34	3.108,34	45	24	154,22	1,4116
Alta complessità	17	M	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	8.235,08	383,14	383,14	766,28	60	40	315,91	1,8616
	17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	3.152,02	280,69	280,69	561,38	46	24	243,88	1,1010
Alta complessità	17	M	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	8.472,23	719,34	719,34	1.438,68	19	86	561,91	2,9459
Alta complessità	17	C	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.872,15	1.781,81	1.781,81	3.563,62	75	43	251,34	2,9175
Alta complessità	17	C	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.712,72	1.276,47	1.276,47	2.552,94	51	27	177,16	1,8956
	17	C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.945,24	3.956,19	3.956,19	3.956,19	33	13	310,57	1,4917
Alta complessità	17	M	409	Radioterapia	3.234,40	375,15	375,15	750,30	24	31	279,62	0,8811
	17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.899,23	356,47	427,76	712,94	11	7	281,75	0,7539
	17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.377,10	276,96	276,96	553,92	23	13	170,75	0,4822
	17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.114,01	361,27	361,27	722,54	19	10	263,08	0,4948
	17	M	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.734,60	288,7	288,7	577,40	65	41	234,27	1,4888
	17	M	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	3.083,98	271,62	271,62	543,24	50	32	161,68	0,9668
	18	M	417	Setticemia, età < 18 anni	2.379,09	222,42	222,42	444,84	24	17	252,41	0,9563

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	18	M	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.438,51	213,45	213,45	426,90	31	23	233,2	1,0619
	18	M	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.641,27	230,96	230,96	461,92	34	20	177,7	0,8455
	18	M	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.032,99	209,62	209,62	419,24	28	21	153,68	0,6372
	18	M	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	1.934,12	217,72	217,72	435,44	21	14	186,23	0,6643
	18	M	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.458,30	227,96	227,96	455,92	14	10	255,07	0,3634
	18	M	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	2.936,56	272,36	272,36	544,72	28	24	261,48	1,2815
	19	C	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	7.708,43	6.166,75	6.166,75	6.166,75	49	39	227,86	1,6764
	19	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.867,88	229,25	229,25	458,50	33	21	249,74	0,5422
Potenzialmente inappropriato	19	M	426	Nevrosi depressive	1.235,16	174,18	174,18	348,36	44	31	204,91	0,3902
Potenzialmente inappropriato	19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1.008,96	187,41	187,41	374,82	43	27	220,38	0,3937
	19	M	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.075,19	166,92	166,92	333,84	51	41	194,25	0,6989
Potenzialmente inappropriato	19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.525,14	183,14	183,14	366,28	53	27	152,61	0,7933
	19	M	430	Psicosi	2.577,31	157,53	157,53	315,06	63	44	186,23	0,7668
	19	M	431	Disturbi mentali dell'infanzia	1.602,09	189,12	189,12	378,24	27	21	161,15	0,4865
	19	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	2.054,77	196,38	196,38	392,76	25	21	181,97	0,5406
	20	M	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.140,92	315,91	315,91	631,82	4	4	291,36	0,1297
	21	C	439	Trapianti di pelle per traumatismo	3.955,88	3.164,69	3.164,69	3.164,69	50	17	221,45	1,4074
	21	C	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.302,78	4.242,22	4.242,22	4.242,22	47	28	369,81	1,2893
	21	C	441	Interventi sulla mano per traumatismo	1.963,80	1.571,03	1.571,03	1.571,03	19	10	218,26	1,0153
Alta complessità	21	C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	7.817,13	1.485,64	1.485,64	2.971,28	78	51	290,3	2,6634
	21	C	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	4.074,34	3.259,46	3.259,46	3.259,46	43	13	217,18	1,2447
	21	M	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.191,76	197,66	197,66	395,32	28	21	210,78	0,8337

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	21	M	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	1.464,64	196,38	196,38	392,76	23	10	206,51	0,6198
	21	M	446	Traumatismi, età < 18 anni	1.116,30	273,65	273,65	547,30	7	4	284,42	0,3585
	21	M	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.402,50	249,73	249,73	499,46	19	10	263,61	0,4565
	21	M	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	835,52	232,24	232,24	464,48	7	7	267,35	0,2344
	21	M	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.212,62	251,45	251,45	502,90	29	21	254,01	0,7386
	21	M	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.241,02	242,48	242,48	484,96	11	10	248,14	0,4109
	21	M	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	927,14	289,44	289,44	578,88	4	4	270,55	0,2938
	21	M	452	Complicazioni di trattamenti con CC	2.080,17	263,83	263,83	527,66	46	27	194,25	1,0604
	21	M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.530,88	194,24	194,24	388,48	29	18	172,36	0,4896
	21	M	454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.592,74	290,72	290,72	581,44	41	18	279,62	0,7653
	21	M	455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.658,33	269,37	269,37	538,74	23	10	146,74	0,5954
	23	C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.890,19	2.312,15	2.312,15	2.312,15	29	21	220,92	1,5238
	23	M	462	Riabilitazione	1.706,41	196,38	196,38	392,76	45	37	94,45	0,7570
	23	M	463	Segni e sintomi con CC	2.873,51	223,27	223,27	446,54	42	31	153,68	0,8004
	23	M	464	Segni e sintomi senza CC	1.745,43	180,16	180,16	360,32	32	23	141,94	0,5041
	23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	733	207,58	207,58	415,16	19	7	207,05	0,4836
	23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.287,29	248,03	248,03	496,06	7	10	179,83	0,6630
Potenzialmente inappropriato	23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	955,66	227,12	227,12	454,24	11	10	150,49	0,2583
	NA	C	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	6.006,12	4.804,89	4.804,89	4.804,89	39	39	286,03	2,8661
	NA	NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	453,58	102,98	102,98	102,98	15	10	82,17	0,0000
	NA	NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	453,58	60,83	60,83	60,83	33	41	48,55	0,0000
Alta complessità	8	C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	16.055,68	7.976,32	7.976,32	15.952,64	101	30	221,99	2,4714

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
Alta complessità	17	M	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	22.435,33	826,61	826,61	1.653,22	102	81	593,94	4,2095
	NA	C	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	4.739,79	3.791,83	3.791,83	3.791,83	37	20	242,27	1,7590
	NA	C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	3.179,96	2.543,95	2.543,95	2.543,95	29	32	197,98	1,7604
	5	C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.018,84	3.215,06	3.215,06	3.215,06	45	21	208,65	1,6087
Alta complessità	Pre	C	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	82.867,40	0	0	0	88	61	877,83	19,4443
Alta complessità	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo allogenico	85.761,57	4.628,79	4.628,79	9.257,58	106	46	1.061,41	15,5111
Alta complessità	Pre	C	481***	Trapianto di midollo osseo autologo	37.197,79	4.628,79	4.628,79	9.257,58	106	46	1.061,41	15,5111
	Pre	C	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.212,83	8.970,28	8.970,28	8.970,28	72	61	229,99	3,7723
Alta complessità	24	C	484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	19.905,33	4.760,07	4.760,07	9.520,14	91	73	495,22	5,0987
Alta complessità	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	14.858,88	4.285,66	4.285,66	8.571,32	57	42	322,85	4,4919
Alta complessità	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	13.434,16	3.281,35	3.281,35	6.562,70	61	50	348,99	4,6091
	24	M	487	Altri traumatismi multipli rilevanti	4.864,33	377,81	377,81	755,62	35	37	344,19	1,7349
Alta complessità	25	C	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	12.947,53	1.518,20	1.518,20	3.036,40	110	112	203,85	4,1670
	25	M	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	5.846,37	292,43	292,43	584,86	109	58	181,43	2,4149
	25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3.549,83	303,64	303,64	607,28	56	31	207,58	1,1973
Alta complessità	8	C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.752,06	2.620,71	2.620,71	5.241,42	47	24	183,57	1,9828
	17	M	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.794,30	588,07	705,69	1.176,14	15	51	241,19	1,4945
	7	C	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.160,76	4.128,60	4.128,60	4.128,60	27	30	207,58	1,5285
	7	C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.931,93	2.345,54	2.345,54	2.345,54	11	10	201,18	0,8890
Alta complessità	Pre	C	495	Trapianto di polmone	71.996,32	0	0	0	55	78	318,12	16,8871
Alta complessità	8	C	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	21.478,00	17.182,40	17.182,40	17.182,40	43	45	1.073,89	5,1811
Alta complessità	8	C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	12.706,75	10.165,40	10.165,40	10.165,40	31	35	635,33	3,8451

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	8	C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	10.493,39	8.394,70	8.394,70	8.394,70	25	24	524,66	3,2406
	8	C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	4.773,84	3.819,07	3.819,07	3.819,07	24	27	238,69	1,6629
	8	C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	2.803,62	2.242,89	2.242,89	2.242,89	17	14	140,17	1,2589
	8	C	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.798,95	7.839,16	7.839,16	7.839,16	57	92	391,95	2,1467
	8	C	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	2.695,44	2.156,35	2.156,35	2.156,35	36	51	107,81	1,1595
Potenzialmente inappropriato	8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.732,40	1.732,40	1.732,40	1.732,40	4	7	194,89	0,9222
Alta complessità	22	C	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	43.987,88	0	0	0	101	108	3.079,15	9,8973
Alta complessità	22	M	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	10.921,76	1.747,47	1.747,47	3.494,94	32	71	764,52	2,1388
Alta complessità	22	C	506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	17.159,08	13.727,26	13.727,26	13.727,26	108	87	1.201,13	3,0751
Alta complessità	22	C	507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	6.737,09	5.389,66	5.389,66	5.389,66	69	65	471,59	2,7979
Alta complessità	22	M	508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.610,88	897,73	897,73	1.795,46	41	67	392,76	1,1500
Alta complessità	22	M	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	2.970,35	475,26	475,26	950,52	31	32	207,92	1,1302
	22	M	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.353,18	696,51	696,51	1.393,02	53	53	304,71	1,3587
	22	M	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	3.483,75	557,4	557,4	1.114,80	30	24	243,86	1,0977
Alta complessità	Pre	C	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.190,58	0	0	0	56	68	466,5	15,7658
Alta complessità	Pre	C	513	Trapianto di pancreas	60.963,05	0	0	0	54	53	268,18	14,3046
Alta complessità	5	C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	21.297,63	8.945,00	8.945,00	8.945,00	30	31	638,93	4,0897
	5	C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	5.548,18	4.438,54	4.438,54	4.438,54	7	7	188,26	1,2185
Alta complessità	8	C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	10.417,61	8.334,09	8.334,09	8.334,09	39	46	520,87	3,1524
Alta complessità	8	C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.857,90	6.286,32	6.286,32	6.286,32	17	17	392,89	2,1786
	20	M	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.671,03	192,31	192,31	384,62	49	27	213,68	0,8717
	20	M	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.597,40	187,01	187,01	374,02	43	45	207,78	0,8746

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
	20	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	2.017,25	145,24	145,24	290,48	27	24	161,38	0,5366
	1	M	524	Ischemia cerebrale transitoria	2.020,32	179,65	179,65	359,30	17	17	191,12	0,7692
Alta complessità	5	C	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	37.910,95	16.110,96	16.110,96	32.221,92	47	47	696,19	9,9320
Alta complessità	1	C	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	18.484,89	3.737,38	3.737,38	7.474,76	48	48	458,9	5,7260
Alta complessità	1	C	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.131,39	2.452,79	2.452,79	4.905,58	75	75	301,17	3,7579
Alta complessità	1	C	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	6.450,34	1.304,17	1.304,17	2.608,34	33	33	160,13	1,9981
Alta complessità	1	C	531	Interventi sul midollo spinale con CC	12.264,11	3.072,27	3.072,27	6.144,54	47	47	284,76	3,9401
Alta complessità	1	C	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	6.852,48	1.716,61	1.716,61	3.433,22	24	24	159,11	2,2015
	1	C	533	Interventi vascolari extracranici con CC	4.969,34	3.975,48	3.975,48	3.975,48	20	20	275,29	1,2985
	1	C	534	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.600,80	3.680,64	3.680,64	3.680,64	11	11	254,88	1,2022
Alta complessità	5	C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	27.571,00	15.715,48	15.715,48	15.715,48	41	41	827,12	6,3257
Alta complessità	5	C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	20.525,00	11.699,25	11.699,25	11.699,25	33	33	615,74	5,3077
	8	C	537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	4.028,76	3.222,99	3.222,99	3.222,99	28	28	398,67	1,6372
	8	C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.317,79	1.854,22	1.854,22	1.854,22	7	7	229,36	0,9419
Alta complessità	17	C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	19.191,87	3.429,93	3.429,93	6.859,86	50	50	572,6	3,4880
Alta complessità	17	C	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	8.507,59	1.520,46	1.520,46	3.040,92	24	24	253,83	1,5462
Alta complessità	Pre	C	541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	52.478,65	7.893,08	7.893,08	15.786,16	117	117	569,94	12,4289
Alta complessità	Pre	C	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	36.041,62	5.420,86	5.420,86	10.841,72	104	104	391,43	8,5360
Alta complessità	1	C	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	12.711,51	2.570,08	2.570,08	5.140,16	51	51	315,57	3,9376
Alta complessità	8	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.791,44	3.997,92	3.997,92	7.995,84	22	22	190,34	2,0283
Alta complessità	8	C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	13.121,95	5.967,22	5.967,22	11.934,44	34	34	255,02	2,7175
Alta complessità	8	C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	16.552,72	13.242,18	13.242,18	13.242,18	31	31	827,62	5,0089

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/12/2008) per i ricoveri anno	(f) Incremento o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	5	C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	20.428,43	5.498,52	5.498,52	10.997,04	39	39	339,38	5,0871
Alta complessità	5	C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.464,02	4.700,62	4.700,62	9.401,24	29	29	290,13	4,3489
Alta complessità	5	C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.020,84	4.281,82	4.281,82	8.563,64	28	28	341,64	3,7801
Alta complessità	5	C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.502,90	3.648,40	3.648,40	7.296,80	20	20	291,1	3,2209
Alta complessità	5	C	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	12.025,41	6.006,65	6.006,65	12.013,30	31	31	451,46	2,3045
	5	C	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.172,67	5.738,13	5.738,13	5.738,13	14	14	374,07	1,5894
	5	C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	7.669,56	6.135,65	6.135,65	6.135,65	49	49	292,82	2,6490
	5	C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.982,20	4.785,76	4.785,76	4.785,76	31	31	228,4	2,0662
	5	C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.016,98	7.213,58	7.213,58	7.213,58	17	17	286,49	1,8899
	5	C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.098,89	5.679,11	5.679,11	5.679,11	10	10	229,86	1,3742
	5	C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	10.703,10	8.562,48	8.562,48	8.562,48	14	14	340,06	2,2433
	5	C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	8.733,88	6.987,10	6.987,10	6.987,10	7	7	282,8	1,6907
	1	M	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	5.127,19	293,86	293,86	587,72	19	19	301,48	1,8296
	1	M	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	5.920,01	325,24	325,24	650,48	43	43	232,51	2,5059
	1	M	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	4.173,94	229,31	229,31	458,62	37	37	163,93	1,7668
	1	M	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.024,37	306,33	306,33	612,66	20	20	298,64	0,9526
Potenzialmente inappropriato	1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.166,44	202,77	202,77	405,54	17	17	161,68	0,7306
Potenzialmente inappropriato	1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	1.963,33	198,86	198,86	397,72	23	23	193,87	0,6184
Alta complessità	4	M	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	10.913,88	513,8	513,8	1.027,60	50	50	460,44	4,0374
	4	M	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	5.709,69	268,8	268,8	537,60	46	46	240,88	2,1122
	6	C	567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.295,45	9.036,40	9.036,40	9.036,40	47	47	300,21	3,8842
	6	C	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10.316,31	8.253,08	8.253,08	8.253,08	48	48	274,18	3,5475

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2009

classe	mdc	tipo drg	DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni Per ricoveri anno 2009	(e) Valore soglia in giorni (D.M.18/1 2/2008) per i ricoveri anno	(f) Increment o prodie	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/200 8)
Alta complessità	6	C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.385,72	2.217,69	2.217,69	4.435,38	50	50	280,4	3,3881
Alta complessità	6	C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	9.209,80	1.793,87	1.793,87	3.587,74	45	45	226,81	2,7406
	6	M	571	Malattie maggiori dell'esofago	3.252,02	224,49	224,49	448,98	24	24	224,28	1,0881
Potenzialmente inappropriato	6	M	572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2.678,11	609,97	609,97	1.219,94	20	20	685,78	0,9446
Alta complessità	11	C	573	Interventi maggiori sulla vescica	11.576,33	2.623,46	2.623,46	5.246,92	43	43	265,65	3,5032
	16	M	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	5.097,28	294,12	294,12	588,24	27	27	189,03	1,1305
Alta complessità	18	M	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	12.221,26	597,27	597,27	1.194,54	65	65	605,87	4,7782
	18	M	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	4.202,83	205,4	205,4	410,80	37	37	208,36	1,6432
Alta complessità	1	C	577	Inserzione di stent carotideo	5.586,25	2.793,13	2.793,13	2.793,13	4	4	309,47	1,4507
Alta complessità	18	C	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	9.196,50	7.357,22	7.357,22	7.357,22	82	82	351,47	4,4004
	18	C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	4.996,59	3.997,28	3.997,28	3.997,28	44	44	190,96	2,3908