

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 14 maggio 2013.

Recepimento del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze del 18 ottobre 2012 - Allegati 1 e 2 - Tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", la quale all'art. 58 stabilisce di definire, con decreto del Ministero della sanità, i criteri per la rilevazione, la standardizzazione e la comparazione dei dati del sistema informativo sanitario;

Visto il decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è stato istituito il relativo flusso informativo;

Visto l'art. 5 del decreto ministeriale 28 dicembre 1991, con il quale si prevede che con successivi decreti ministeriali saranno specificati i sistemi di codifica da adottare per le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;

Visto il decreto assessoriale n. 94115 del 20 luglio 1991, con il quale è stata istituita la scheda nosologica ospedaliera nella Regione siciliana;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";

Visto il decreto ministeriale 12 settembre 2006 "Riconnessione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie con particolare riferimento alla fissazione di una tariffa unica per i ricoveri di un giorno in regime ordinario e i ricoveri diurni", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 13 dicembre 2006, supplemento ordinario;

Visto il decreto assessoriale n. 2230 del 18 settembre 2007 "Tariffe massime applicabili nel territorio della Regione siciliana per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura per acuti, per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza";

Visto il D.M. 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere";

Visto il decreto assessoriale n. 1822 del 13 luglio 2010 "Adozione del sistema di classificazione ICD9-CM-2007 - versione 24 della classificazione dei DRG", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 36 del 13 agosto 2010;

Visto il decreto assessoriale n. 1827 del 14 luglio 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 35 del 6 agosto 2010, con il quale vengono rideterminate le tariffe per il parto afferenti i DRG n. 371, 373 e 374;

Visto il decreto assessoriale n. 1999 del 3 agosto 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 41 del 17 settembre 2010, con il quale viene adottato il sistema di classificazione ICD9-CM-2007 anche in relazione alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera per categoria diagnostica;

Visto il decreto assessoriale n. 12 del 7 gennaio 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 4 del 21 gennaio 2011, con il quale vengono rideterminate le tariffe per le prestazioni di ricovero in unità operative di lungodegenza post-acutiae;

Visto il decreto assessoriale n. 463 del 16 marzo 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 15 dell'8 aprile 2011, con il quale è stata riconosciuta una valorizzazione aggiuntiva al DRG 111 (Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza complicanze) rispetto a quella già fissata dal D.A. n. 1822 del 13 luglio 2010 "Adozione della classificazione ICD9CM 2007 - versione 24 della classificazione dei DRG";

Visto il decreto assessoriale n. 1014 del 6 giugno 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 28 dell'1 luglio 2011, con il quale sono stati forniti chiarimenti in relazione ai DRG prodotti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza specificando gli abbattimenti da operare nei casi di ricoveri che superano i sessanta giorni;

Visto il decreto assessoriale n. 2575 del 12 dicembre 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 2 del 13 gennaio 2012, con il quale è stata riconosciuta una tariffa aggiuntiva per l'impianto transcateretere di protesi valvolare aortica in pazienti con stenosi valvolare sintomatica;

Visto il decreto assessoriale n. 955 del 2 aprile 2010 "Determinazione delle fasce tariffarie delle strutture pubbliche e private", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 31 del 30 aprile 2010, il decreto assessoriale n. 25091 del 25 ottobre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 3 dicembre 2010 "Modifica del decreto 2 aprile 2010" ed il decreto assessoriale n. 1592 del 3 agosto 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 39 del 14 settembre 2012, che ha aggiornato le percentuali di abbattimento previste per le strutture erogatrici;

Visto il decreto assessoriale n. 925 del 22 maggio 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 24 del 15 giugno 2012 "Rideterminazione delle tariffe per il parto cesareo";

Visto il decreto assessoriale n. 1872 del 20 settembre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 43 del 12 ottobre 2012, con il quale, in analogia con quanto stabilito nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 22 maggio 2012, viene riconosciuta una quota tariffaria aggiuntiva al DRG 111 rispetto a quella già fissata dal precedente D.A. 13 luglio 2010;

Visto il decreto assessoriale n. 1873 del 20 settembre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 43 del 12 ottobre 2012, con il quale, in analogia con quanto stabilito nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 22 maggio 2012, viene riconosciuta una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base DRG, per il riconoscimento economico di

alcune protesi o di alcune procedure, da corrispondere nel caso in cui nella SDO vengano segnalati specifici codici di intervento;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante: "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visti, in particolare, l'art. 15, comma 15 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, che prevede la determinazione, da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, nonché il comma 16 dello stesso articolo, che prevede che "Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica";

Atteso che la congruità delle risorse stesse è riferita alla necessità del rispetto dei parametri di programmazione nazionale, di cui all'articolo 4, comma 1 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, (rep. atti n. 2271/CSR) in attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera d) della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto inoltre l'articolo 15, comma 17 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, che prevede che: "gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali";

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (rep. atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che, all'art. 6, comma 5, con la finalità di promuoverne una rilevante riduzione, individua le "prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale" (allegato A) ed i "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" (allegato B);

Visto l'articolo 1, comma 18 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 in base al quale le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero stesso;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013 supplemento ordinario n. 8, con il quale vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, valide fino al 31 dicembre 2014 ed in particolare gli articoli 2 e 5 e gli allegati 1 e 2;

Considerato che, per effetto del citato decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, ed in particolare degli articoli 4 e 5, si rende necessario adottare il nuovo tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, tenuto conto delle tariffe massime di riferimento determinate con il predetto decreto ministeriale;

Decreta:

Art. 1

Per quanto in premessa, sono adottate le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie, di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, supplemento ordinario n. 8 - allegati 1 e 2, citato in premessa.

Art. 2

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti sono articolate per regime di ricovero e riportate nell'allegato 1, che fa parte integrante del presente decreto.

Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero; per tali DRG, ove necessario, è consentita l'osservazione per una notte.

Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.

Alle tariffe per acuti si applicano le decurtazioni tariffarie secondo la fascia di appartenenza della struttura.

Art. 3

Le tariffe per la remunerazione dei ricoveri della riabilitazione post-acuzie sono riportate nell'allegato 2, che fa parte integrante del presente decreto. Le tariffe indicate sono da intendersi a giornata di degenza per i ricoveri ordinari e ad accesso per i ricoveri in DH; l'allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti in 18 accessi per MDC 1 e 12 accessi per le restanti MDC.

Art. 4

Le tariffe per la remunerazione dei ricoveri di lungodegenza post acuzie sono riportate nell'allegato 2 del presente decreto. Le tariffe indicate sono da intendersi a giornata di degenza; per la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia, stabilito in 60 giorni per la lungodegenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta riportata nel medesimo allegato 2.

Art. 5

Le tariffe di cui al presente decreto costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero.

Art. 6

Sono confermate per il 2013 le seguenti previsioni contenute nel decreto assessoriale n. 925 del 22 maggio 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 24 del 15 giugno 2012 "Rideterminazione delle tariffe per il parto cesareo":

a) l'articolo 1 nella parte relativa ai valori soglia dei cesarei primari al di sopra dei quali si applicano i seguenti abbattimenti tariffari per il DRG 371:

I. 5% della tariffa nel caso di cesarei primari compresi tra il 31% ed il 40%;

- II. 20% della tariffa tra il 41% ed il 50% di cesarei primari;
- III. 35% della tariffa tra il 51% ed il 60% di cesarei primari;
- IV. 85% della tariffa al superamento del 60% di cesarei primari;

b) l'articolo 2 nella parte relativa alla ulteriore penalizzazione nella misura del 10%, qualora i parti cesarei primari risultino in aumento rispetto all'anno precedente.

Art. 7

È confermato, inoltre, l'incremento tariffario di 300 euro di cui all'art. 2 del D.A. n. 1827 del 14 luglio 2010 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 35 del 6 agosto 2010 nel caso in cui il parto vaginale DRG 373 sia associato al codice di procedura 0391 relativo alla partoanalgesia o al codice in diagnosi secondaria 65421 relativo al pregresso parto cesareo.

Art. 8

Le disposizioni contenute nel presente decreto, di cui gli allegati 1 e 2 sono parte integrante, entrano in vigore a decorrere dall'1 giugno 2013 e saranno valide fino al 31 dicembre 2014.

Art. 9

A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente tariffario, si intendono abrogati tutti i precedenti provvedimenti relativi alla determinazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Art. 10

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la sua pubblicazione e sarà, inoltre pubblicato nel sito internet dell'Assessorato della salute.

Palermo, 14 maggio 2013.

BORSELLINO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Allegato 1

CLASSIFICAZIONE DIAGNOSIS RELATED GROUPS VERSIONE 24 - TARIFFE RICOVERI ORDINARI E DH PER ACUTI

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chirurgo; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
001	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15,085	3,616	—	314	4,1798	53
002	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11,872	3,367	—	304	3,1739	34
003	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8,860	2,370	—	213	2,3194	40
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118	0,7369	4
007	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10,658	2,383	2,585	252	2,3427	39
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2,326	1,331	2,585	196	1,5811	10
009	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	3,589	522	329	219	1,2757	24
010	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4,332	445	298	152	1,3787	33
011	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3,316	437	298	164	1,0329	32
012	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2,850	367	196	131	0,9103	23
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1,419	331	188	96	0,7921	17
014	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3,891	442	239	159	1,2605	30
015	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2,967	427	234	156	0,8996	23
016	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4,553	477	226	147	1,2715	24
017	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2,549	378	226	151	0,8471	17
018	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3,353	405	223	149	1,0912	24
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1,210	324	197	101	0,7168	20
021	1	M	Meningite virale	2,629	308	215	143	0,7956	22
022	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2,989	576	298	199	0,9386	14
023	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2,489	430	263	175	0,8025	27
026	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1,729	376	231	154	0,4853	10
027	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4,986	624	—	239	1,5179	28
028	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4,118	562	—	213	1,3120	27
029	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3,180	478	—	216	0,8898	18
030	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1,409	476	—	208	0,4185	4
031	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3,087	557	337	243	1,1124	17
032	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2,042	492	337	225	0,7013	10
033	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1,224	483	321	214	0,4028	4
034	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3,369	423	234	156	1,1364	31
035	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2,077	389	234	163	0,6807	21

DRG	MDC	DRG Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
036	2	C	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	164	0,8348	10
037	2	C	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	254	1,4700	17
038	2	C	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	113	0,8505	10
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	102	0,4834	4
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	141	0,8800	7
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	177	0,5851	4
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	143	0,8445	10
043	2	M	Ifema	1.225	306	210	140	0,4338	10
044	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	128	0,6302	20
045	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	171	0,7576	17
046	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.684	430	224	178	0,8331	24
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	114	0,5865	14
048	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	141	0,4041	10
049	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.619	2.424	2.472	333	2,0117	35
050	3	C	Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	348	1,2243	11
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	145	1,0207	10
052	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	3.622	1.021	1.220	240	1,0245	14
053	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	367	0,9386	7
054	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	311	1,0271	10
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	145	0,8198	4
056	3	C	Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	269	0,9354	7
057	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.889	721	871	197	0,5965	7
058	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	195	0,5327	4
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	139	0,5892	7
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	92	0,3999	4
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	210	1,1514	7
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	167	0,5501	4
063	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.783	2.134	264	1,4586	13
064	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	174	1,1392	28
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	101	0,5827	13
066	3	M	Epistassi	1.575	416	231	154	0,5555	13
067	3	M	Epiglottite	1.678	387	250	166	0,5478	10
068	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	140	0,6264	16
069	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	149	0,4364	10
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	91	0,3156	7

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chirico; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
071	3	M	Laringotracheite	625	226	162	108	0,2391	10
072	3	M	Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	222	0,6547	10
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	122	0,6101	13
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	95	0,3479	7
075	4	C	Interventi maggiori sul torace	8.737	2.270	2.438	279	2,3960	28
076	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.650	1.729	1.682	237	2,4914	44
077	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	237	1,4990	31
078	4	M	Embolia polmonare	4.009	405	243	162	1,3409	31
079	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	148	1,7612	40
080	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	133	1,2661	44
081	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.768	552	345	230	2,1163	27
082	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	156	1,3292	34
083	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	2.619	432	268	178	0,8415	20
084	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	179	0,5879	10
085	4	M	Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	154	1,3703	30
086	4	M	Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	151	1,0366	30
087	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	146	1,2243	27
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	87	0,8209	21
089	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	141	1,1394	28
090	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	134	0,7579	24
091	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	125	0,4735	14
092	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	156	1,2842	27
093	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	141	0,9037	23
094	4	M	Pneumotorace con CC	3.265	425	245	163	1,2102	27
095	4	M	Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	148	0,6905	17
096	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	132	0,8033	18
097	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	132	0,5563	17
098	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	123	0,3816	10
099	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	206	134	0,8876	27
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	206	137	0,4835	14
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	219	138	0,9305	24
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	146	0,6018	13
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602	—	—	602	14,5725	91
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.675	9.532	—	419	6,0620	35
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487	7.406	—	375	4,5572	28

DRG	MDC	DRG Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.: per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	27.519	7.737	—	379	5,4736	39
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	16.419	5.226	—	336	4,1166	37
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.208	4.598	—	339	3,3918	33
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	10.500	4.399	—	295	2,5742	24
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206	—	176	3,1389	57
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278	1.820	174	1,8488	45
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.562	165	1,0645	17
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	174	1,0532	7
119	5	C	Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	383	0,7350	4
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	230	2,0581	37
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597	—	174	1,5817	21
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587	—	196	1,2157	17
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585	—	175	1,3033	23
124	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	866	1.142	200	1,1950	21
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	863	1.142	193	0,7002	7
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	10.573	868	268	179	3,7891	74
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	143	1,0270	21
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	147	0,7518	21
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503	—	172	1,3124	32
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	158	1,0117	23
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	89	0,5993	21
132	5	M	Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	137	0,8086	20
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	990	349	193	98	0,6284	17
134	5	M	Iperensione	963	333	197	100	0,6701	17
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.963	455	239	160	0,9689	24
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	148	0,6748	17
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	208	0,8484	10
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	152	0,8028	17
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	93	0,5223	10
140	5	M	Angina pectoris	1.870	297	193	129	0,6197	14
141	5	M	Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	161	0,7693	20
142	5	M	Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	106	0,5969	13
143	5	M	Dolore toracico	1.399	344	221	147	0,4879	10

DRG	MDC	DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirco; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
144	5	M		M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	173	1,1779	23
145	5	M		M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	367	220	147	0,6869	21
146	6	C		C	Resezione rettale con CC	11.203	2.539	2.311	217	2,9562	45
147	6	C		C	Resezione rettale senza CC	7.475	2.283	2.311	274	2,1564	37
149	6	C		C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.113	1.986	1.280	231	1,9057	28
150	6	C		C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888	1.873	207	2,3632	30
151	6	C		C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539	1.873	218	1,5241	17
152	6	C		C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382	1.622	158	1,9591	33
153	6	C		C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335	1.622	205	1,3960	20
155	6	C		C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557	1.888	207	2,1457	34
156	6	C		C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.154	824	876	130	1,2426	24
157	6	C		C	Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.007	192	1,1158	21
158	6	C		C	Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	126	0,6093	10
159	6	C		C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453	1.523	198	1,4492	27
160	6	C		C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	94	1,0953	13
161	6	C		C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.280	212	0,9993	13
162	6	C		C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	137	0,7448	7
163	6	C		C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	146	0,6383	4
164	6	C		C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538	—	228	1,4998	21
165	6	C		C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270	—	228	1,1181	14
166	6	C		C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190	1.263	204	1,1639	14
167	6	C		C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044	1.263	219	0,8102	8
168	3	C		C	Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.361	169	1,0520	10
169	3	C		C	Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	161	0,9013	7
170	6	C		C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814	1.578	190	2,6806	47
171	6	C		C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278	1.578	193	1,6750	31
172	6	M		M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	167	1,4942	37
173	6	M		M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	151	0,8939	28
174	6	M		M	Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	159	1,0599	21
175	6	M		M	Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	144	0,6562	17
176	6	M		M	Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	157	1,0127	20
177	6	M		M	Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	153	0,9769	21
178	6	M		M	Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	150	0,7185	17
179	6	M		M	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	162	1,0586	27
180	6	M		M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	152	0,8868	23
181	6	M		M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	140	0,5614	14

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.465	368	222	148	0,7681	20
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	91	0,5568	13
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	85	0,3014	7
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	180	0,6621	18
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	161	0,4601	10
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	143	0,5300	7
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	159	1,0034	24
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	91	0,5224	14
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	142	0,3783	7
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.929	3.427	2.583	353	3,5599	57
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558	2.499	2.583	316	2,5966	37
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.509	2.660	2.449	238	3,6085	60
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993	2.449	225	2,9871	51
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989	2.170	176	2,4776	40
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770	2.170	182	2,1918	24
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781	—	185	2,4752	40
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383	—	186	1,5546	24
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824	2.392	195	2,2656	45
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	226	2,7306	50
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391	3.398	301	2,8743	51
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	185	1,2862	27
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	173	1,2825	35
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	145	1,0518	24
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	157	1,1589	27
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	99	0,8236	21
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	155	1,1620	24
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	88	0,6681	17
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926	—	171	2,0942	32

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirico; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689	2.050	176	1,7174	30
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620	1.973	236	1,5008	28
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	194	2,2148	63
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	187	1,3106	24
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	240	2,5978	45
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011	1.887	196	2,0194	31
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	209	1,3446	20
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.286	1.090	1.298	178	1,0869	17
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	258	1,0013	4
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	237	1,0375	13
225	8	C	Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	217	0,8826	7
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	209	1,5387	24
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	138	0,8846	10
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.767	847	1.686	156	0,9752	10
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	143	0,7372	7
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	206	0,9325	13
232	8	C	Artroscopia	1.361	851	1.512	148	0,7595	7
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025	2.296	169	2,0269	34
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	243	1,2519	13
235	8	M	Fratture del femore	1.985	346	189	126	0,5858	23
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	135	0,6652	21
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	125	0,6533	17
238	8	M	Osteomielite	5.378	517	246	164	1,7119	44
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	151	1,1075	30
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	191	1,2952	30
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	102	0,8096	20

DRG	MDC	DRG	Tipologia	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirurgo; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornaliere oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
242	8	M	M	Artrite settica	3.873	433	230	154	1.2626	40
243	8	M	M	Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	100	0.6837	21
244	8	M	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	139	0.8398	23
245	8	M	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	98	0.5605	28
246	8	M	M	Artropatie non specifiche	2.106	302	200	133	0.6199	20
247	8	M	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	143	0.5435	17
248	8	M	M	Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	88	0.7633	23
249	8	M	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	111	0.6192	18
250	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	191	150	0.6694	16
251	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	97	0.4164	7
252	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	104	0.2983	4
253	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	169	152	0.7515	24
254	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	86	0.4225	10
255	8	M	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	132	0.3765	7
256	8	M	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	121	0.6224	14
257	9	C	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422	1.771	251	1.2850	14
258	9	C	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461	1.771	272	1.1697	14
259	9	C	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	244	1.0107	13
260	9	C	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.362	289	0.8896	10
261	9	C	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	271	1.1165	10
262	9	C	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	143	0.5990	7
263	9	C	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330	1.266	201	2.3324	37
264	9	C	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	201	1.4659	37
265	9	C	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.656	1.733	268	1.2856	17
266	9	C	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	156	0.9665	10
267	9	C	C	Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	187	0.5312	7
268	9	C	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	212	1.2732	10
269	9	C	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.099	196	1.6138	31

DRG	MDC	DRG	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirico; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	127	0,7668	7
271	9	M	Ulcere della pelle	4.290	493	269	179	1,2955	30
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187	124	0,9417	27
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	120	0,5861	20
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	142	1,3320	34
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	130	0,6197	17
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	828	297	173	88	0,4367	10
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	148	1,0480	30
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	143	0,6153	21
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194	129	0,4545	10
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268	162	0,7470	17
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	137	0,6066	7
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	134	0,3376	4
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	83	0,7898	20
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	78	0,4238	13
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320	187	2,5557	59
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.695	2.047	2.115	267	1,9902	27
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804	184	1,9678	34
288	10	C	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	226	1,8598	17
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	244	0,8732	11
290	10	C	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	326	0,9978	11
291	10	C	Interventi sul dotto tiroglossa	2.573	1.121	1.348	301	0,8181	7
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886	272	2,2587	27
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886	244	1,4772	14
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	121	0,9845	20
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	88	0,6016	17
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	366	204	136	0,8593	23
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191	127	0,5604	21
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	115	0,2651	7
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113	0,6979	17
300	10	M	Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164	0,9965	20

DRG	MDC	DRG Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107	0,5049	17
302	11	C	Trapianto renale	33.162	—	—	581	10,2927	42
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.386	2.227	2.296	252	1,9629	25
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.137	2.024	1.857	249	1,8026	34
305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	236	1,5231	20
306	11	C	Prostatectomia con CC	4.230	1.126	1.121	178	1,2221	18
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.105	920	1.121	202	1,0155	14
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673	2.116	179	1,5522	24
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	183	1,0453	13
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063	1.148	184	1,0057	17
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949	1.148	209	0,7204	10
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	202	1,1378	17
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	250	1,0316	10
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.637	1.203	1.486	194	1,2121	17
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	198	2,0141	41
316	11	M	Insufficienza renale	3.734	590	260	174	1,1501	27
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	104	0,6553	1
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	283	143	1,2854	34
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	156	0,6912	17
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	144	0,8462	23
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	134	0,6057	17
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	142	0,4272	11
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	640	146	0,5520	10
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	83	0,4010	10
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	135	0,6193	17
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	82	0,4283	10
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	88	0,3400	7
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	197	123	0,6628	17
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	100	0,4816	10
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	133	0,2655	7
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.379	489	242	161	1,0467	27
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	100	0,6109	17
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	118	0,6084	13
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765	—	260	2,2241	20
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619	—	277	1,9084	16
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910	1.109	170	1,0273	15

DRG	MDC	DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirco; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
337	12	C			Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911	1.109	219	0,8688	11
338	12	C			Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	1.244	1.531	249	0,9144	10
339	12	C			Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	137	0,6763	7
340	12	C			Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	181	0,5987	4
341	12	C			Interventi sul pene	3.744	1.749	2.113	182	1,2213	13
342	12	C			Circoncisione, età > 17 anni	864	520	960	97	0,5593	4
343	12	C			Circoncisione, età < 18 anni	617	392	671	73	0,2944	4
344	12	C			Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	198	0,9423	17
345	12	C			Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	108	0,9432	17
346	12	M			Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	466	263	145	1,1847	35
347	12	M			Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	131	0,6095	10
348	12	M			Iperptrofia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	141	0,6199	21
349	12	M			Iperptrofia prostatica benigna senza CC	901	241	151	77	0,4249	10
350	12	M			Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	156	0,5708	13
351	12	M			Sterilizzazione maschile	—	—	—	—	0,1967	6
352	12	M			Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	117	0,4639	7
353	13	C			Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	6.203	1.916	—	253	1,7728	22
354	13	C			Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	6.722	1.386	1.455	197	2,0274	37
355	13	C			Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.959	1.185	1.455	225	1,2687	15
356	13	C			Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	244	0,9206	11
357	13	C			Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.791	1.840	—	222	1,7499	27
358	13	C			Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293	1.436	223	1,3388	15
359	13	C			Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	241	0,9785	11
360	13	C			Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	118	0,8575	10
361	13	C			Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.457	214	0,7171	7
362	13	C			Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	162	0,5599	4
363	13	C			Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	199	0,7937	10
364	13	C			Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	133	0,5395	4
365	13	C			Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	249	1,2244	23
366	13	M			Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	149	1,3793	37
367	13	M			Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	120	0,6447	21
368	13	M			Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	157	0,5307	10
369	13	M			Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	91	0,4208	7

DRG	MDC	DRG	Tipologia	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chir.co; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
370	14	C	Parto cesareo con CC		2.782	1.020	—	170	0,9635	14
371	14	C	Parto cesareo senza CC		2.092	937	—	170	0,7334	6
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti		1.619	659	222	150	0,5649	8
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti		1.272	589	222	148	0,4439	5
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento		2.122	893	637	175	0,6946	8
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento		2.859	1.035	—	190	0,9140	8
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico		1.264	375	203	135	0,4582	10
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico		1.787	849	1.301	130	0,7871	7
378	14	M	Gravidanza ectopica		1.629	602	239	159	0,5765	10
379	14	M	Minaccia di aborto		1.376	445	177	118	0,4424	10
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento		1.133	422	209	139	0,3888	7
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia		989	543	1.099	149	0,4568	4
382	14	M	Falso travaglio		612	247	136	91	0,2032	4
383	14	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche		1.262	346	190	127	0,4019	10
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche		763	332	150	77	0,3964	14
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti		5.435	344	—	84	0,6891	4
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio		30.738	—	532	354	8,6877	135
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori		14.151	—	514	343	3,5317	51
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori		5.435	—	227	151	0,8326	20
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori		3.919	—	262	175	0,7041	11
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative		1.146	—	154	103	0,2085	5
391	15	M	Neonato normale		560	—	—	—	0,1598	5
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni		6.624	1.812	—	211	1,9909	22
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni		4.703	1.158	—	155	1,1225	13
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici		4.179	1.160	1.587	183	1,1177	17
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni		1.676	429	216	91	0,8552	23
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni		1.190	367	247	112	0,5775	13
397	16	M	Disturbi della coagulazione		2.748	583	271	181	0,9347	20
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC		3.589	393	218	145	1,2182	27
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC		1.704	305	192	98	0,6982	17
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC		11.719	2.153	1.534	230	3,0119	55
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC		3.944	1.183	1.534	207	1,4116	24
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC		7.185	1.022	336	224	1,8616	40
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC		1.823	461	273	115	1,1010	24
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni		11.143	2.309	401	267	2,9459	86

DRG	MDC	DRG	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirco; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.178	2.411	1.993	236	2,9175	43
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625	1.993	246	1,8956	27
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	332	1,4917	13
409	17	M	Radioterapia	1.471	602	353	180	0,8811	31
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	156	0,7539	7
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	64	0,4822	13
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	97	0,4948	10
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	175	1,4888	41
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	226	124	0,9668	32
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	195	0,9563	17
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	147	1,0619	23
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	152	0,8455	20
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	146	0,6372	21
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	147	0,6643	14
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	139	0,3634	10
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	177	1,2815	24
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principali di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	151	1,6764	39
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	113	0,5422	21
426	19	M	Nevrosi depressive	858	148	137	44	0,3902	31
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	757	141	137	43	0,3937	27
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	72	0,6989	41
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	92	0,7933	27
430	19	M	Psicosi	1.942	175	162	71	0,7668	44
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	149	0,4865	21
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	104	0,5406	21
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	113	0,1297	4
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	213	1,4074	17
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	217	1,2893	28
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	3.119	1.355	1.612	251	1,0153	10
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.945	2.217	1.457	231	2,6634	51
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	217	1,2447	13
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	155	0,8337	21
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	233	173	0,6198	10

DRG	MDC	DRG	Tipologia	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.: per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornaliere oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
446	21	M	21	Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	171	0,3585	4
447	21	M	21	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	146	0,4565	10
448	21	M	21	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	118	0,2344	7
449	21	M	21	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	153	0,7386	21
450	21	M	21	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	135	0,4109	10
451	21	M	21	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	143	0,2938	4
452	21	M	21	Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	170	1,0604	27
453	21	M	21	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	143	0,4896	18
454	21	M	21	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	282	164	0,7653	18
455	21	M	21	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	188	0,5954	10
461	23	C	23	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	226	1,5238	21
462	23	M	23	Riabilitazione	1.943	414	221	147	0,7570	37
463	23	M	23	Segni e sintomi con CC	2.870	320	209	123	0,8004	31
464	23	M	23	Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	139	0,5041	23
465	23	M	23	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	221	0,4836	7
466	23	M	23	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	179	129	0,6630	10
467	23	M	23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	68	0,2583	10
468	NA	C	NA	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	227	2,8661	39
469	NA	NA	NA	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	83	0,0000	10
470	NA	NA	NA	Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	49	0,0000	41
471	8	C	8	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	13.244	6.837	—	250	2,4714	30
473	17	M	17	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	16.082	3.456	461	307	4,2095	81
476	NA	C	NA	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	265	1,7590	20
477	NA	C	NA	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	227	1,7604	32
479	5	C	5	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	235	1,6087	21
480	Pre	C	Pre	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	62.648	—	—	664	19,4443	61
481	Pre	C	Pre	Trapianto di midollo osseo	59.806	5.707	4.666	405	15,5111	46
482	Pre	C	Pre	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221	—	187	3,7723	61
484	24	C	24	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22.206	5.899	—	423	5,0987	73
485	24	C	24	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	19.551	5.129	—	278	4,4919	42
486	24	C	24	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	19.289	4.440	—	311	4,6091	50
487	24	M	24	Altri traumatismi multipli rilevanti	5.559	677	—	236	1,7349	37
488	25	C	25	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	27.409	4.145	—	304	4,1670	112
489	25	M	25	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	155	2,4149	58
490	25	M	25	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	110	1,1973	31

DRG	MDC	DRG	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinaria durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric. DRG chirico; per giornata/accesso; DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	8.565	3.184	—	230	1,9828	24
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	194	1,4945	51
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496	1.458	196	1,5285	30
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	211	0,8890	10
495	Pre	C	Trapianto di polmone	72.572	—	—	321	16,8871	78
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	8.182	—	263	5,1811	45
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	15.069	6.600	—	305	3,8451	35
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	12.376	6.472	—	287	3,2406	24
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.662	1.775	241	1,6629	27
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457	1.775	295	1,2589	14
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109	—	248	2,1467	92
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330	—	187	1,1595	51
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024	2.009	127	0,9222	7
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	49.026	—	—	363	9,8973	108
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	10.835	1.446	—	385	2,1388	71
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	16.494	1.774	—	218	3,0751	87
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.421	1.531	1.488	328	2,7979	65
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.825	466	—	161	1,1500	67
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.435	434	291	194	1,1302	32
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532	—	161	1,3587	53
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357	218	146	1,0977	24
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728	—	—	470	15,7658	68
513	Pre	C	Trapianto di pancreas	61.451	—	—	270	14,3046	53
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.573	9.945	9.948	222	4,0897	31
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163	2.586	167	1,2185	7
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	12.753	3.800	—	298	3,1524	46
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	3.088	3.183	346	2,1786	17
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304	197	131	0,8717	27
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217	173	115	0,8746	45
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243	177	118	0,5366	24

DRG	MDC	DRG Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari di degenza 0-1 giorno, Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382	237	158	0,7692	17
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044	—	429	9,9320	47
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	25.812	5.457	—	424	5,7260	48
529	1	C	Interventi di anastomosi, ventricolare con CC	12.891	2.348	—	237	3,7579	75
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	7.816	2.049	—	217	1,9981	33
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	14.639	4.389	2.782	279	3,9401	47
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	2.675	2.782	330	2,2015	24
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566	1.734	294	1,2985	20
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	311	1,2022	11
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.098	10.757	—	198	6,3257	41
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.634	10.357	—	216	5,3077	33
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	1.758	217	1,6372	28
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	151	0,9419	7
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271	3.108	—	300	3,4880	50
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	258	1,5462	24
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	51.919	8.266	—	356	12,4289	117
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546	3.032	—	293	8,5360	104
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	16.777	2.898	—	312	3,9376	51
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.837	3.736	—	205	2,0283	22
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.152	4.565	—	261	2,7175	34
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	19.545	9.391	—	279	5,0089	31
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	22.125	5.499	—	372	5,0871	39
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	19.112	5.133	—	366	4,3489	29
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.154	4.742	—	409	3,7801	28
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.674	4.082	—	376	3,2209	20
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	9.384	3.606	3.653	201	2,3045	31

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza > 1 giorno (per episodio di ricovero)	Tariffa ricoveri ordinari durata di degenza 0-1 giorno, trasferiti o deceduti (per giornata)	Tariffa ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri diurni (per epis. di ric.: DRG chirco; per giornata/accesso: DRG medico)	Tariffa giornate oltre valore soglia (per giornata)	Peso DRG	Valore soglia (giorni)
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	166	1.5894	14
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.604	3.445	278	2.6490	49
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	227	2.0662	31
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062	2.473	201	1.8899	17
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	174	1.3742	10
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098	4.901	191	2.2433	14
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101	4.917	174	1.6907	7
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608	—	201	1.8296	19
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	205	2.5059	43
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	169	1.7668	37
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	164	0.9526	20
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	109	0.7306	17
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	99	0.6184	23
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	15.595	1.236	—	283	4.0374	50
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637	297	198	2.1122	46
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541	—	214	3.8842	47
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263	—	207	3.5475	48
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	2.659	—	250	3.3881	50
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.318	2.377	—	233	2.7406	45
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	165	1.0881	24
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459	240	160	0.9446	20
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	14.889	3.179	—	240	3.5032	43
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	167	1.1305	27
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	21.349	1.629	—	276	4.7782	65
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.493	559	247	165	1.6432	37
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651	3.172	308	1.4507	4
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18.314	2.814	3.432	250	4.4004	82
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555	2.179	180	2.3908	44

Allegato 2

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA OSPEDALIERA, PER TIPO DI RICOVERO (EURO)

Riabilitazione ospedaliera	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Valore soglia (giorni)	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
	(per giornata)	(per giornata)		(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	272,70	163,62	60	218,16	130,90
MDC 2 - Malattie e disturbi dell'occhio	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	231,00	138,60	30	184,80	110,88
MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	251,00	150,60	30	200,80	120,48
MDC 6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 7 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	246,89	148,13	40	197,51	118,51
MDC 9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 14 - Gravidanza, parto e puerperio	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 19 - Malattie e disturbi mentali	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 20 - Abuso di alcol/farmaci e disturbi mentali organici indotti	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 22 - Ustioni	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 24 - Traumatismi multipli rilevanti	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 25 - Infezioni da H.I.V.	202,00	121,20	30	161,60	96,96
DRG non classificabili	202,00	121,20	30	161,60	96,96

La tariffa massima della giornata di ricovero ordinario oltre il valore soglia specifico per MDC, stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima per accesso in ricovero diurno è pari all'80% della tariffa massima della giornata di ricovero ordinario.

La tariffa massima per la remunerazione dell'accesso in ricovero diurno oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, stabilito dalla normativa regionale, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave": 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è di € 470,00. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è di € 470,00. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

Lungodegenza	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Valore soglia (giorni)
	(per giornata)	(per giornata)	
	154,00	92,40	60

La tariffa massima giornaliera oltre il valore soglia stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza è di € 262,00. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

(2013.20.1214)102

DECRETO 14 maggio 2013.

Recepimento del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze del 18 ottobre 2012 - Allegato 3 - Tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", la quale all'art. 58 stabilisce di definire, con decreto del Ministero della sanità, i criteri per la rilevazione, la standardizzazione e la comparazione dei dati del sistema informativo sanitario";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";

Visto il decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale e relative tariffe", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 216 del 14 settembre 1996, supplemento ordinario;

Visto il decreto assessoriale n. 24051 dell'11 dicembre 1997 "Elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del servizio sanitario regionale e relative tariffe", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 4 del 24 gennaio 1998, supplemento ordinario;

Visto il decreto assessoriale n. 71 del 28 gennaio 2002 "Versione in euro delle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private del servizio sanitario nazionale di cui al decreto 11 dicembre 1997", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 11 dell'8 marzo 2002;

Visto il decreto assessoriale n. 3885 del 29 luglio 2004 "Integrazione del decreto 7 novembre 2002, concernente nuove disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria nella Regione siciliana" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 33 del 6 agosto 2004;

Visto il decreto ministeriale 12 settembre 2006 - Ricostruzione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie - pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 13 dicembre 2006, supplemento ordinario;

Visto l'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, laddove dispone che, fermo restan-

do l'aggiornamento tariffario da attuarsi a livello nazionale, "...a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto";

Visto il decreto assessoriale n. 1977 del 28 settembre 2007 "Determinazione delle tariffe massime applicabili nel territorio della Regione siciliana per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a far data dall'1 ottobre 2007", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 9 novembre 2007, supplemento ordinario;

Visto il decreto assessoriale n. 366 del 27 febbraio 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 18 del 24 aprile 2008) che ha sospeso l'applicazione del decreto n. 1977 del 28 settembre 2007;

Visto il decreto assessoriale n. 170 del 28 gennaio 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 7 dell'8 febbraio 2013, che ha ripristinato con effetto retroattivo, decorrenza 1 ottobre 2007, le tariffe di cui al decreto n. 1977 del 28 settembre 2007;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, supplemento ordinario n. 8, con il quale vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed in particolare gli articoli 3 e 5 e l'allegato 3;

Considerato che, per effetto del citato decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, ed in particolare degli articoli 3, 4 e 5, si rende necessario adottare il nuovo tariffario regionale per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, tenuto conto delle tariffe massime di riferimento determinate con il predetto decreto ministeriale;

Decreta:

Art. 1

Per quanto in premessa, sono adottate con decorrenza 1 giugno 2013 le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'al-