

REPUBBLICA ITALIANA



**Regione Emilia-Romagna**

**BOLLETTINO UFFICIALE**

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

---

**Parte seconda - N. 102**

---

**Anno 44**

**9 maggio 2013**

**N. 123**

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 APRILE 2013, N. 525

**Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2013**

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 APRILE 2013, N. 525

**Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2013**

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite;

Considerato che il medesimo articolo 8-sexies del richiamato DLgs 502/92 e ss.mm. prevede al comma 5 che "il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994, recante «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994";

Visti:

- l' art. 1 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 - Patto per la salute 2010-2012 - che prevedeva una programmazione triennale del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con incrementi annuali del fabbisogno;

- le Leggi n. 122/2010, e n. 111/2011 - che hanno introdotto riduzioni del fabbisogno del SSN così come definito dal Patto per la Salute a fronte di manovre di potenziale riduzioni delle spese;

- 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 - cosiddetto spending review - che all'art. 15, comma 22, prevede una ulteriore riduzione del fabbisogno del SSN di 900 milioni di Euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni

di Euro per l'anno 2013, e 2.000 milioni di Euro per l'anno 2014;

Dato atto pertanto che negli ultimi due anni è intervenuta una sostanziale congrua contrazione delle risorse finanziarie a disposizione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), che impone l'adozione di una serie di misure di sostenibilità del sistema sanitario pubblico volte a garantire l'equilibrio economico-finanziario della Regione Emilia-Romagna;

Considerato che il medesimo decreto-legge all'art. 15, commi 15-19, dispone che il Ministero della Salute determini le tariffe massime per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera; tali tariffe costituiscono il riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale; prevede altresì che, gli importi tariffari fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime, restino a carico dei bilanci regionali;

Considerato che lo stesso decreto ministeriale per la fissazione delle tariffe massime previsto dall'art. 15, comma 15 della L. 135/2012, è stato approvato il 18 ottobre 2012 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013;

Ritenuto opportuno e necessario, intervenire con un proprio tariffario, sulla base delle competenze istituzionali ed organizzative detenute dalla Regione in materia;

Considerato che, nell'ottica di ridurre la variabilità remunerativa tra le Regioni e per realizzare strumenti di remunerazione delle prestazioni basati su un unico sistema di riferimento indipendente dalla residenza del paziente ai sensi della Legge 311/2004, si debba assumere quale valore di riferimento, nella formulazione del tariffario regionale, il decreto ministeriale, con particolare riguardo alla degenza per acuti, mentre per quanto attiene la psichiatria e la riabilitazione intensiva ed estensiva, anche a seguito della contrattazione con le parti, si è ritenuto di adottare tariffe regionali più congrue alla specificità della casistica e alla loro remunerazione;

Considerato che le Regioni, nell'adottare le tariffe per le prestazioni ospedaliere, possono articolarle in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate;

Considerato che, di conseguenza, diverse Regioni hanno provveduto ad articolare in più fasce gli stabilimenti ed i presidi ospedalieri, differenziandone le modalità di remunerazione e che il numero delle classi tariffarie varia tra le regioni, fino ad un massimo di 6 classi;

Ritenuto pertanto necessario articolare le fasce tariffarie su più livelli coerenti con la struttura dei costi di produzione e derivanti, oltre che dalla complessità della casistica trattata e dalla dimensione della struttura, dalla presenza del Dipartimento di Emergenza - Urgenza con disponibilità h24;

Considerato infatti che il service-mix e la rete dell'emergenza-urgenza con disponibilità h24 incide significativamente sui costi di produzione e che l'analisi dei costi evidenzia un'ampia variabilità tra le strutture che dispongono o meno del sistema dell'emergenza/urgenza;

Ritenuto di definire le tariffe massime per i ricoveri ospedalieri effettuati in Emilia-Romagna, dalle strutture pubbliche e private accreditate, secondo tre fasce di ospedali determinate coi seguenti criteri:

1. Presenza di una funzione di emergenza-urgenza di secondo/primo livello

2. Dimensione delle strutture ospedaliere definite in base al numero dei posti letto

3. Complessità della casistica trattata e volumi di produzione;

Dato atto pertanto di assumere, per le motivazioni sopra esposte, il decreto nazionale quale sistema di riferimento per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati accreditati da applicare, in relazione ai volumi di finanziamento e budget definiti nella Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle fasce sopra descritte;

Dato atto del percorso di consultazione con le parti imprenditoriali e sociali di questa regione, e in particolare dell'avvenuta condivisione del nuovo sistema di remunerazione di cui al presente atto con AIOP-Emilia-Romagna, anche ai fini di quanto previsto dall'Accordo generale di cui alla DGR 1920/2011 punto b.2;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi  
delibera:

1. di individuare, nel "decreto nazionale tariffe" la tariffa massima per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera erogata a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna, fatto salvo la remunerazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e l'Istituto Ortopedico Rizzoli per le quali è prevista una integrazione per i maggiori costi legati alla complessità organizzativa;

2. di approvare la classificazione in Fascia A o B o C degli stabilimenti ospedalieri della Regione Emilia-Romagna, come riportato all'Allegato n. 1 che è parte integrante del presente provvedimento;

3. di determinare pertanto le tariffe in tre livelli per l'attività per acuti:

- FASCIA A

100% della tariffa nazionale e per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, compreso l'Istituto ortopedico Rizzoli, 103% della Tariffa nazionale

- FASCIA B

95% della tariffa nazionale

- FASCIA C

rimodulazione della tariffa nazionale, con tendenziale riduzione degli importi, secondo quanto stabilito negli allegati di cui al punto 8;

4. di mantenere, per le prestazioni di assistenza ospedaliera psichiatrica, erogate presso gli ospedali pubblici e privati accreditati, il sistema di remunerazione a giornata di degenza e le tariffe stabilite alle deliberazioni di Giunta regionale n. 69/2011 e n. 1920/2011;

5. di mantenere, per la riabilitazione intensiva ed estensiva, le tariffe stabilite alla deliberazione di Giunta regionale n. 69/2011;

6. di specificare che, tale sistema tariffario viene applicato per ciascun stabilimento, come indicato all'Allegato n. 1, a partire dai dimessi dell'1/1/2013, dando atto che, a seguito del verbale d'intesa Regione Emilia-Romagna e Aiop siglato in data 23 aprile 2013, per mezzo del presente provvedimento si intende adeguato quanto previsto nella DGR 1920/2011 recante Approvazione dell'accordo tra la Regione Emilia-Romagna e l'Aiop per il periodo 2011-2014;

7. di stabilire che il nuovo sistema di remunerazione si applica agli accordi contrattuali stipulati dalla articolazione del Servizio Sanitario Regionale con le strutture pubbliche e private accreditate;

8. di stabilire negli Allegati 2, 3, 4 e 5 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, le specifiche tecniche relative all'applicazione delle tariffe e le tariffe medesime;

9. di specificare che nulla è innovato rispetto alla remunerazione delle prestazioni nell'ambito della mobilità attiva, per la quale continua ad applicarsi quanto previsto dagli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria (ex Testo Unico per la compensazione della mobilità sanitaria) e che per i cittadini provenienti dal Veneto, Marche, Toscana e Sicilia, valgono gli accordi specificatamente sottoscritti in termini di tetti di budget;

10. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati parte integrante e sostanziale dell'atto, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

## Allegato 1

**Ospedali di Fascia A**

*Ospedali con più di 300 Posti Letto e presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello*

080902	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	
080903-01	AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA	
080903-02	IRCCS-AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA	
080904	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA	
080908	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	
080909	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	
080960	IRCCS-ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	
080921	IRCCS- I.R.S. T. SRL - MELDOLA	
080153	IRCCS- ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI -BOLOGNA	
080004	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" -PIACENZA	
080031-10	NUOVO OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO - ESTENSE-MODENA	
080053-01	OSPEDALE MAGGIORE "CA. PIZZARDI"-BOLOGNA	
080053-02	OSPEDALE BELLARIA -BOLOGNA	
080044-01	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S. MARIA DELLA SCALETTA" -IMOLA	
080072	OSPEDALE "SANTA MARIA DELLE CROCI" -RAVENNA	
080085-01	OSPEDALE "MORGAGNI-PIERANTONI" -FORLI'	
080091-01	OSPEDALE "MAURIZIO BUFALINI" -CESENA	
080095-01	OSPEDALE "INFIRM" -RIMINI	
080211	SALUS HOSPITAL S.P.A -REGGIO EMILIA	(per i DRG di alta specialità)
080213	HESPERIA HOSPITAL MODENA S.R.L.	(per i DRG di alta specialità)
080223	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA TORRI -BOLOGNA	
080239	VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL -COTIGNOLA-RA	

Gli IRCCS e gli ospedali privati accreditati eroganti prestazioni previste dagli accordi di alta specialità, sono in fascia A

**Ospedali di Fascia B**

*Ospedali con Posti Letto 150-300 e presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 1° livello o Pronto Soccorso con Rianimazione /Terapia Intensiva*

080013-01	OSPEDALE -FIDENZA
080096	NUOVO OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.
080021-01	OSPEDALE CIVILE -GUASTALLA
080031-04	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" -CARPI
080031-05	OSPEDALE "SANTA MARIA BIANCA" -MIRANDOLA
080053-07	OSPEDALE -BENTIVOGLIO
080068-06	STABILIMENTO OSPEDALIERO " SS. ANNUNZIATA" -CENTO
080068-03	OSPEDALE DEL DELTA -LAGOSANTO
080079	OSPEDALE "UMBERTO 1°" -LUGO
080082	OSPEDALE "DEGLI INFERMI " -FAENZA
080100-01	OSPEDALE "CECCARINI" -RICCIONE

## Ospedali di Fascia C

### *Ospedali con meno di 150 Posti Letto con Pronto Soccorso o Punti di Primo Intervento*

080002-01	OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	
080003	OSPEDALE BOBBIO	
080006-01	OSPEDALE FIOREZZUOLA D'ARDA	
080013-02	OSPEDALE SAN SECONDO PARMENSE	
080015	OSPEDALE "S. MARIA" BORGO VAL DI TARO	
080021-02	OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CORREGGIO	
080021-03	OSPEDALE "E. FRANCHINI" MONTECCHIO	
080021-04	OSPEDALE "G. MAGATI" SCANDIANO	
080021-05	OSPEDALE "S. ANNA" CASTELNOVO NE MONTI	
080031-03	OSPEDALE "REGINA MARGHERITA" CASTELFRANCO EMILIA	
080031-06	OSPEDALE "DEGLI INFERMI" FINALE EMILIA	
080031-08	OSPEDALE VIGNOLA	
080031-09	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	
080053-03	OSPEDALE "DOSSETTI" BAZZANO	
080053-04	OSPEDALE "A. COSTA" PORRETTA TERME	
080053-05	OSPEDALE VERGATO	
080053-06	OSPEDALE "SIMIANI" LOIANO	
080053-08	OSPEDALE BUDRIO	
080053-09	OSPEDALE "S. SALVATORE" S. GIOVANNI IN PERSICETO	
080044-02	OSPEDALE CASTEL SAN PIETRO TERME	
080068-01	STABILIMENTO OSPEDALIERO "S. CAMILLO" COMACCHIO	
080068-04	OSPEDALE "MAZZOLANI VANDINI" ARGENTA	
080068-08	STABILIMENTO OSPEDALIERO "S. GIUSEPPE" COPPARO	
080085-02	OSPEDALE FORLIMPOPOLI	
080085-03	OSPEDALE "NEFETTI" SANTA SOFIA	
080091-02	OSPEDALE "GINESIO MARCONI" CESENATICO	
080091-03	OSPEDALE "PIETRO ANGIOLONI" BAGNO DI ROMAGNA	
080095-02	OSPEDALE "FRANCHINI" SANTARCANGELO DI ROMAGNA	
080095-03	OSPEDALE SACRA FAMIGLIA NOVA FELTRIA	
080100-02	OSPEDALE "CERVESI" CATTOLICA	
080203	CASA DI CURA PRIVATA PIACENZA S.P.A.	
080204	CASA DI CURA PRIVATA S. ANTONINO S.R.L.	
080206	CASA DI CURA CITTA' DI PARMA	
080207	HOSPITAL PICCOLE FIGLIE	
080210	HOSPITAL VAL PARMA	
080211	SALUS HOSPITAL S.P.A.	(per i DRG di non alta specialità)
080212	CASA DI CURA PRIVATA POLISPECIALISTICA VILLA VERDE S.R.L.	
080213	HESPERIA HOSPITAL MODENA S.R.L.	(per i DRG di non alta specialità)
080214	PROF. FOGLIANI CASA DI CURA S.R.L.	
080218	VILLA PINETA S.R.L.	
080219	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA CHIARA	
080220	CASA DI CURA PROF. NOBILI S.P.A.	
080221	CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO	
080222	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI	
080229	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA	
080231	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGINA	
080235	CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.	
080236	CASA DI CURA SALUS S.R.L.	
080414	FERRARA DAY SURGERY S.R.L.	
080237	OSPEDALE PRIVATO DOMUS NOVA S.P.A.	
080238	CASA DI CURA SAN FRANCESCO	
080240	OSPEDALE PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPITAL"	
080243	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA IGEA S.P.A.	
080244	VILLA SERENA	
080245	MALATESTA NOVELLO	
080246	CASA DI CURA PRIVATA SAN LORENZINO S.P.A.	
080247	SOL ET SALUS	
080249	CASA DI CURA VILLA MARIA	
080250	LUCE SUL MARE	
080252	CASA DI CURA PROF. E. MONTANARI	

**Strutture a tariffa Giornaliera*****Casa di Cura Psichiatriche***

080208	VILLA MARIA LUIGIA
080215	VILLA IGEA S.P.A. CASA DI CURA
080216	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA S.R.L.
080224	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CURA AI COLLI
080227	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BARUZZIANA
080242	CASA DI CURA PRIVATA VILLA AZZURRA S.P.A.

***Strutture monospécialistiche di riabilitazione e lungodegenza***

080002-02	OSPEDALE --BORGONOVO VAL TIDONE
080006-03	CENTRO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE "G.VERDI"--VILLANOVA SULL'ARDA
080045	OSPEDALE MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.P.A.
080205	CASA DI CURA S.GIACOMO S.R.L.
080209	CASA DI CURA VILLA IGEA--PARMA
080253	FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
080254	CENTRO CARDINAL FERRARI S.R.L.
080228	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BELLOMBRA
080255	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO SANTA VIOLA
080251	VILLA SALUS S.R.L. --RIMINI

## Allegato 2

**1) REGIME ORDINARIO****1. CON DURATA DI DEGENZA MAGGIORE DI 1 GIORNO**

- Tariffe massime come da allegato 3;

**2. CON DURATA DI DEGENZA (1) GIORNO**

- Ricoveri *medici* pari a **€ 220**, ad eccezione dei ricoveri attribuiti ai seguenti DRG:

373 M-Parto vaginale no CC e

323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni, nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51, la cui tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni;

- Ricoveri chirurgici: Tariffe massime come da allegato 3;

- Ricoveri di 1 giorno di degenza Deceduti o trasferiti ad altro ospedale: Tariffe massime come da allegato 3;

**3. CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA**

- La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die", come da allegato 3;

**2) REGIME DI DAY HOSPITAL**

Le tariffe in allegato 3 sono sempre da intendersi per caso trattato e non per singolo accesso, salvo diversamente specificato.

**1. RICOVERI MEDICI CON 1,2,3 ACCESSI**

- Tariffa forfettaria pari a **€ 124,47** ad eccezione dei ricoveri attribuiti al seguente DRG:

323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni", nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51, la cui tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni;

### 3) NEONATO

-Per i neonati "sani" presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG: Tariffa massima pari a **Euro 335,32**

-Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita.

-Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase successiva.

-DRG 385 "Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale": tariffa equivalente al DRG 386 per i casi con degenza > 3 giorni dimessi da Ospedali con la disciplina 73- Terapia intensiva neonatale.

### 4) TRACHEOSTOMIA

Indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di dimissione le tariffe per i seguenti DRG sono da considerarsi in base alla durata di degenza:

**-DRG 541** C-Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica • 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore"

Degenza <= 20 giorni	€ 35.551,00
Degenza tra 21 e 30 giorni	€ 41.726,00
Degenza > 30 giorni	€ 46.607,00

**-DRG 542** C-Tracheostomia con ventilazione meccanica • 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore"

Degenza <= 20 giorni	€ 24.416,00
Degenza tra 21 e 30 giorni	€ 28.657,00
Degenza > 30 giorni	€ 32.009,00

Tali tariffe fanno riferimento alla degenza trascorsa in reparto per acuti. Ai casi trasferiti verso reparti ospedalieri di codice 56,60,75,28, vanno aggiunte le rispettive tariffe giornaliere previste.



## 5) PROTESI ED ALTRE PROCEDURE

Valori previsti a parziale copertura del costo della protesi e in aggiunta alla tariffa del DRG come da allegato 5;

## 6) AREA ORTOPEDICA

Sono individuati specifici incrementi tariffari per alcuni interventi chirurgici ed alcune diagnosi principali di dimissione relativi alla casistica ortopedica di seguito dettagliata, casistica di alta complessità e caratterizzata da costi di produzione estremamente elevati. Tali incrementi sono applicati su tutta la attività erogata in **regime di ricovero ordinario dagli ospedali di fascia A** in aggiunta alle tariffe specifiche previste per i singoli casi:

**-codici da 170.1 a 170.9** Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari - Tariffa incrementale di EURO **7.633,23**;

**-codici da 171.2 a 171.9** Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli - Tariffa incrementale di EURO **7.633,23**;

**-codice 83.84** correzione di piede torto - Tariffa incrementale pari a euro **2.127,80**. Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista);

**-chirurgia della mano:** l'attività legata a questa specialità si caratterizza per un limitato numero di DRG che ne classificano l'attività e che, pertanto, al loro interno contengono tipologie di intervento abbastanza differenziate sia per tecnica utilizzata che per complessità. Una specifica analisi dei costi mostra la necessità di intervenire dal punto di vista tariffario differenziando alcune specifiche tipologie di intervento:

\*\* se presente in diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1\_ "emiplegia spastica" o 344.0\_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19-tenotomia o

miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa è pari a euro **3.553,50**;

\*\* in considerazione del fatto che, tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, e in considerazione inoltre, dei costi rilevati per gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a euro **5.047,00**. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di **2.000,00** euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

**-DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori"**

**-DRG 545 "Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio"**

la relativa tariffa di cui al all'allegato 3, valevole per la fase acuta del ricovero, deve considerarsi comprensiva di almeno, rispettivamente 7 e 10 giornate in reparto per acuti, pertanto, qualora il paziente venga trasferito in un reparto riabilitativo, sia intensivo o estensivo, la valorizzazione delle giornate riabilitative decorrono a partire dall'8° giornata di ricovero per il DRG 544 e dall'11° per il DRG 545;

## **7) STATI VEGETATIVI PERSISTENTI**

La tariffa di riferimento, in assenza di specifico accordo, per il trattamento di pazienti per i quali sia stata elaborata una diagnosi di stato vegetativo persistente in letti appositamente individuati, anche in strutture private accreditate con caratteristiche di idoneità assistenziale ben definita all'interno degli accordi locali viene fissata pari a € **270,00**. Tale tariffa è applicabile esclusivamente a pazienti inviati dai referenti aziendali di struttura pubblica regionale.

## **8) DIMESSI DALLA DISCIPLINA (codice 47) "GRANDI USTIONATI"**

L'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse della casistica che afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € **1.751,00 a giornata** per i dimessi dal cod. disciplina 47;

## **9) TRAPIANTI**

- **DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino"** associato ai codici di intervento 11.6\_:

la tariffa viene fissata in € **2.800,00**. La tariffa qui definita è comprensiva delle quote per il finanziamento della banca delle cornee (€ 750,00) e del procurement (€ 258,00). Qualora la struttura non utilizzi le cornee di provenienza della Banca regionale non è tenuta a corrispondere alla Banca la relativa quota di € 750,00 considerata compensativa del valore della cornea, mentre la tariffa sopra definita viene decurtata della quota di € 258,00 relativa al finanziamento dell'attività di procurement;

- **DRG 504 "ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica 96+ ore con innesto di cute"**:

la tariffa viene fissata in € **40.814,64**, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);

- **DRG 506 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo"**:

la tariffa viene fissata in € **26.103,11**, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);

**- DRG 507 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo":**

la tariffa viene fissata in € **9.938,08**, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);

**- Trapianto d'intestino:**

la tariffa viene fissata in € **169.160,29**. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino" per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna;

**- Trapianto multiviscerale:**

la tariffa viene fissata in € **243.899,35**. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino", associato nella medesima scheda, ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna, indipendentemente dal DRG di dimissione;

**- Trapianto di rene e cuore:**

la tariffa viene fissata pari a € **80.889,69**. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 37.51 associati ai DRG 103;

**- Trapianto di rene e fegato:**

la tariffa viene fissata pari a € **100.652,90**. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG 480;

**- Trapianto di fegato e cuore:**

la tariffa viene fissata pari a € **110.966,10**. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 50.59 + 37.51 associati al DRG 103 o 480;

Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti  
DRG 103 Trapianto di cuore,  
DRG 302 Trapianto di rene,  
DRG 480 Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino,  
DRG 481 Trapianto di midollo,  
DRG 495 Trapianto di polmone,  
DRG 512 Trapianto di rene e pancreas,  
DRG 513 Trapianto di pancreas

presenti nell'allegato n. 3, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto. Nel provvedimento di finanziamento complessivo della funzione trapianti saranno specificate le modalità di rimborso da riconoscere alle Aziende che effettuano attività di procurement e alle Aziende sede di banche da parte delle Aziende che effettuano i trapianti;

- **Trapianto di osso** si specifica che per trapianto di osso si deve intendere l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni. In presenza del codice in diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0\_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare alla tariffa DRG specifica va riconosciuta un valore aggiuntivo pari ad **€ 1.797,27**.

## **10) ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE**

Per i pazienti in Unità spinale (cod. 28) e Riabilitazione Intensiva (cod.56) in condizioni di elevata instabilità clinica, e che necessitano di alta intensità assistenziale in relazione al fatto che debba essere garantita loro assistenza ventilatoria, le tariffe relative ai casi trattati in modo esclusivo nei reparti suddetti (cod. 28 e cod. 56) e dimessi con codice di procedura di ventilazione meccanica assistita (cod. 96.7\_) sono pari **€ 545,00**, per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 28, e a **€ 457,00** per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 56 e 75; tariffe MDC specifiche per i cod. 28, 56, e 75 come da all. n. 4 con relativi abbattimenti tariffari per i ricoveri oltre i valori soglia;

## **11) SPECIALITA' RIABILITATIVE**

In virtù del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, pubblicato sulla G.U. n° 50 del marzo 2011 e recepito dalla Regione Emilia-Romagna con DGR n°805 del 2012, l'accesso alla riabilitazione intensiva (cod.56 ) avviene a seguito della predisposizione di un accordo locale fra struttura pubblica e privata; le tariffe sono riportate in allegato 4;

## **12) TARIFFA PER CASO TRATTATO**

### **BRACHITERAPIA E TERAPIA RADIOMETABOLICA**

Intervento 92.27 (impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al codice diagnosi V 58.0:  
Tariffa per caso trattato € **8.500,00**

### **NEUROSTIMOLATORE SPINALE o UROLOGICO**

-Impianto o sostituzione di elettrodo codice 03.93:  
Tariffa per caso trattato € **4.000,00** indipendentemente dal DRG che si genera;  
-Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile) codice 86.96:  
Tariffa per caso trattato € **6.172,00** indipendentemente dal DRG che si genera;

### **TERMOABLAZIONE EPATICA PER VIA PERCUTANEA**

Codice intervento 50.24, associato al DRG 191 o 192:  
Tariffa per caso trattato € **5.040,00**

### **DISCOLISI CON TECNICA LASER, RADIOFREQUENZA O ALTRA TECNICA**

Codice intervento 80.59 indipendentemente dal DRG:  
Tariffa per caso trattato pari a € **500,00**

### **TRATTAMENTO VENE VARICOSE CON LASER TERAPIA ENDOVASCOLARE**

Diagnosi principale afferente alla categoria 454, associata al DRG 479:  
Tariffa per caso trattato equiparabile alla tariffa del DRG 119 vedi allegato tariffe

### 13) DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

- DRG 409 M-radioterapia € 310 ad accesso
- DRG 410 "M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e DRG 492 "M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia" le modalità di gestione e di valorizzazione del DH oncologico si uniformano alle seguenti indicazioni:

gli accessi in DH nel corso dei quali vengono eseguite le seguenti procedure rilevanti, prima fra tutte la chemioterapia,

Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	99.25
Iniezione di altri ormoni	99.24
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici	99.28
Immunoterapia	99.28
Terapia con interleuchina 2 (IL-2) a basse dosi	99.28
Tumor vaccino	99.28
Terapia con interleuchina-2 (IL-2) ad alte dosi	00.15
Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	99.29
Terapia di supporto	99.29
Preparazione TAC (desensibilizzazione, idratazione, ecc)	99.29
Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale	03.8
Trasfusione di sangue intero	99.03
Trasfusione di concentrato cellulare	99.04
Infusione o iniezione di elettroliti	99.18
Toracentesi	34.91
Paracentesi	54.91
BOM	41.31
Biopsia percutanea del polmone	33.26
Biopsia percutanea del fegato	50.11
Biopsia percutanea pancreas	52.11
Biopsia percutanea rene	55
	55.23

Biopsia percutanea milza	41.32
Biopsia percutanea massa intra addominale	54.24
Biopsia percutanea mammella	85.11
<b><u>Codici diagnosi</u></b>	V58.11
Chemioterapia antineoplastica	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12

dovranno essere riportati nella scheda di dimissione ospedaliera del caso nella sezione "procedure" con codice e data corrispondente all'accesso medesimo. Tali accessi denominati "**pesanti**" verranno valorizzati con una **tariffa pari a € 400,00 per accesso**;

Per quanto riguarda gli accessi nel corso dei quali non verranno praticate procedure di cui all'elenco sopra riportato, accessi definiti "leggeri", si può procedere nei seguenti modi:

non si prevede di riportare alcuna procedura e data e il loro numero sarà ricavato per differenza fra il numero totale degli accessi e il numero di accessi "pesanti";  
nel caso in cui la struttura abbia già in essere o intenda gestire questi accessi a livello ambulatoriale viene lasciata operativa tale possibilità.

Per gli accessi cosiddetti "**leggeri**", qualora presenti in scheda nosologica, si prevede una **tariffa pari a € 70,00 per accesso**.

Per le prestazioni complesse di imaging diagnostico (TAC, risonanza, PET, endoscopia, etc....) dovrà essere prevista la registrazione e remunerazione come attività ambulatoriali anche in relazione al maggiore importo tariffario rispetto alla remunerazione economica degli accessi cosiddetti "leggeri".



#### **14) ASSISTENZA PSICHIATRICA**

Al fine di garantire il pieno ed efficiente utilizzo dei posti letto nelle strutture ospedaliere private e accreditate per l'assistenza psichiatrica, si dispone che la comunicazione dell'ospedale privato accreditato al DSM-DP, riguardante la decisione della componente medica della singola struttura AIOP di accogliere il paziente in trattamento residenziale (DGR n. 1920/2011), sia estesa ai ricoveri ospedalieri disposti con prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista, e che tale comunicazione sia effettuata preventivamente al ricovero ospedaliero e al ricovero in regime residenziale rimandando a specifici accordi in sede locale la disciplina operativa di tali modalità di accesso;

- residenze trattamento intensivo: € 210,12 pro die
- residenze trattamento protratto: € 173,40 pro die
- residenze specialistiche: € 231,13 pro die;
- SPOI e SPDC: € 315,18 pro die;

#### **15) RICOVERI RIPETUTI**

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:

- **INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI:** re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;
- **INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI:** abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;

Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino essere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti preoperatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti 1 e 2 le seguenti categorie di ricoveri:

ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.11);

ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490;

casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,5.

## **16) PRESTAZIONI DI EMERGENZA PER NON RESIDENTI IN EMILIA ROMAGNA**

In considerazione del fatto che il costo del servizio 118 è totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale e di quanto concordato a livello interregionale, viene definita una tariffa per gli interventi a favore di non residenti in Emilia-Romagna da addebitarsi alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui l'intervento sia seguito da ricovero. Si confermano le tariffe previste dalla DGR. 69/2011.

Elisoccorso attraverso il servizio 118: **€ 107,50/minuto** da applicare sulla base dell'effettivo tempo di volo;

Autoambulanza attraverso il servizio 118: tariffa forfettaria per trasporto **di € 225,00**.

Sono da considerarsi trasporti di emergenza, e pertanto da rilevare al fine della mobilità, solo i trasporti che si originano per una chiamata diretta alla Centrale Operativa 118 con intervento di soccorso disposto dalla Centrale stessa.

## **17) HOSPICE**

La tariffa per giornata di degenza da riconoscere da parte dell'Azienda USL, qualora la struttura non sia a gestione diretta, è pari a € 197,00, fermo restando quanto stabilito dalla DGR 589/2002. Qualora il paziente non sia residente nel territorio dell'Azienda USL nel quale si trova l'Hospice, l'Azienda USL di competenza territoriale **fatturerà all'Azienda USL di residenza del paziente i suddetti € 197,00 + € 45,00 pro die**, per tutto quanto fornito direttamente dall'AUSL e non

compreso nella tariffa base di € 192,00, così come previsto dalla DGR 589/2002.

Visto che l'attività erogata in Hospice non segue la compensazione economica legata alla mobilità sanitaria, ma viene direttamente fatturata all'AUSL di residenza del paziente, si stabilisce che per i cittadini residenti in Emilia-Romagna non debba essere acquisita l'autorizzazione al ricovero da parte della AUSL di residenza, ma valgono le regole, per l'accettazione della fatturazione, stabilite per la mobilità sanitaria. Per i cittadini residenti in altre Regioni l'AUSL di competenza territoriale deve inviare richiesta di autorizzazione all'AUSL di residenza del paziente.

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
1	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC	C	alta complessità	A1	15.537,93	12.430,27	12.430,27	12.430,27	3.724,23	40	278,33
					A2	15.085,37	12.068,23	12.068,23	12.068,23	3.615,76	40	278,33
					B	14.331,04	11.464,82	11.464,82	11.464,82	3.434,26	40	278,33
1	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	alta complessità	C	13.576,77	10.861,41	10.861,41	10.861,41	3.253,50	40	278,33
					A1	12.228,58	9.782,85	9.782,85	9.782,85	3.467,93	18	326,20
					A2	11.872,41	9.497,92	9.497,92	9.497,92	3.366,93	18	326,20
1	003	Craniotomia, età < 18 anni	C	alta complessità	B	11.278,78	9.023,02	9.023,02	9.023,02	3.197,70	18	326,20
					C	10.685,16	8.548,13	8.548,13	8.548,13	3.029,40	18	326,20
					A1	9.125,80	7.300,62	7.300,62	7.300,62	2.440,74	28	326,20
1	006	Decompressione del tunnel carpale	C	potenzialmente inappropriato	A2	8.860,00	7.087,99	7.087,99	7.087,99	2.369,66	28	326,20
					B	8.417,00	6.733,59	6.733,59	6.733,59	2.250,56	28	326,20
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28	0,00
1	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	C	alta complessità	A1	606,27	673,64	673,64	673,64	586,45	4	286,19
					A2	588,62	654,02	654,02	654,02	569,37	4	286,19
					B	559,17	621,30	621,30	621,30	540,56	4	286,19
1	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	alta complessità	C	559,17	621,30	621,30	621,30	540,56	4	286,19
					A1	10.977,89	2.662,45	2.662,45	2.662,45	2.454,66	36	223,77
					A2	10.658,15	2.584,91	2.584,91	2.584,91	2.383,17	36	223,77
1	009	Malattie e traumasmi del midollo spinale	M		B	10.125,20	2.455,66	2.455,66	2.455,66	2.263,86	36	223,77
					C	9.592,29	2.326,41	2.326,41	2.326,41	2.144,70	36	223,77
					A1	2.396,21	2.662,45	2.662,45	2.662,45	1.370,52	4	184,25
1	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	M		A2	2.326,42	2.584,91	2.584,91	2.584,91	1.330,61	4	184,25
					B	2.210,08	2.455,66	2.455,66	2.455,66	1.263,50	4	184,25
					C	2.140,29	2.378,11	2.378,11	2.378,11	1.223,60	4	184,25
1	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M		A1	3.697,02	2.200,00	124,47	2.774,36	537,60	19	246,60
					A2	3.589,34	2.200,00	124,47	2.693,56	521,95	19	246,60
					B	3.409,84	2.200,00	124,47	2.558,86	494,96	19	246,60
1	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	M		C	3.409,84	2.200,00	124,47	2.558,86	494,96	19	246,60
					A1	4.461,78	2.200,00	124,47	3.348,28	457,95	26	263,85
					A2	4.331,83	2.200,00	124,47	3.250,76	444,62	26	263,85
1	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M		B	4.115,21	2.200,00	124,47	3.088,20	421,80	26	263,85
					C	3.898,62	2.200,00	124,47	2.925,66	399,60	26	263,85
					A1	3.415,38	2.200,00	124,47	2.563,01	450,09	20	241,03
1	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	M		A2	3.315,91	2.200,00	124,47	2.488,36	436,99	20	241,03
					B	3.150,11	2.200,00	124,47	2.363,94	414,20	20	241,03
					C	2.984,31	2.200,00	124,47	2.239,53	392,40	20	241,03
1	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	M		A1	2.935,14	2.200,00	124,47	2.202,63	378,20	21	215,42
					A2	2.849,66	2.200,00	124,47	2.138,48	367,19	21	215,42
					B	2.707,12	2.200,00	124,47	2.031,51	348,66	21	215,42
					C	2.707,12	2.200,00	124,47	2.031,51	348,66	21	215,42

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
1	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.461,46	220,00	124,47	1.096,72	340,76	19	218,77
					A2	1.418,90	220,00	124,47	1.064,78	330,84	19	218,77
					B	1.347,96	220,00	124,47	1.011,55	313,50	19	218,77
1	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M		A1	1.347,96	220,00	124,47	1.011,55	313,50	19	218,77
					A2	4.007,37	220,00	124,47	3.205,89	454,79	22	211,53
					B	3.890,66	220,00	124,47	3.112,52	441,55	22	211,53
1	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M		A1	3.696,07	220,00	124,47	2.956,85	418,96	22	211,53
					A2	3.579,35	220,00	124,47	2.863,48	405,72	22	211,53
					C	3.056,22	220,00	124,47	2.444,97	439,79	16	213,19
1	016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	M		A1	2.967,21	220,00	124,47	2.373,76	426,99	16	213,19
					A2	2.818,84	220,00	124,47	2.255,07	404,70	16	213,19
					C	2.670,48	220,00	124,47	2.136,38	383,40	16	213,19
1	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	M		A1	4.689,83	220,00	124,47	3.519,41	491,25	22	223,22
					A2	4.553,24	220,00	124,47	3.416,91	476,95	22	223,22
					B	4.325,54	220,00	124,47	3.246,04	452,20	22	223,22
1	018	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	4.097,88	220,00	124,47	3.075,19	428,40	22	223,22
					A2	2.625,20	220,00	124,47	1.970,03	389,53	19	143,61
					B	2.548,74	220,00	124,47	1.912,66	378,19	19	143,61
1	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	2.421,27	220,00	124,47	1.817,00	359,10	19	143,61
					A2	2.293,83	220,00	124,47	1.721,37	340,20	19	143,61
					C	3.454,07	220,00	124,47	2.763,24	417,35	25	216,42
1	020	Meningite virale	M		A1	3.353,47	220,00	124,47	2.682,76	405,20	25	216,42
					A2	3.185,73	220,00	124,47	2.548,57	384,76	25	216,42
					B	3.018,06	220,00	124,47	2.414,44	364,50	25	216,42
1	021	Encefalopatia ipertensiva	M		A1	1.246,32	220,00	124,47	997,05	334,10	15	156,93
					A2	1.210,02	220,00	124,47	968,01	324,37	15	156,93
					B	1.149,50	220,00	124,47	919,60	307,80	15	156,93
1	022	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M		A1	1.149,50	220,00	124,47	919,60	307,80	15	156,93
					A2	2.708,27	220,00	124,47	2.032,37	317,00	14	152,52
					B	2.629,39	220,00	124,47	1.973,18	307,77	14	152,52
1	023	Encefalopatia ipertensiva	M		A1	2.497,84	220,00	124,47	1.874,46	291,66	14	152,52
					A2	2.366,45	220,00	124,47	1.775,86	276,99	14	152,52
					B	3.078,52	220,00	124,47	2.310,22	593,48	15	233,24
1	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M		A1	2.988,86	220,00	124,47	2.242,94	576,20	15	233,24
					A2	2.839,36	220,00	124,47	2.130,76	547,20	15	233,24
					B	2.699,92	220,00	124,47	2.018,61	518,40	15	233,24
1	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M		A1	2.564,16	220,00	124,47	1.924,23	442,60	18	184,25
					A2	2.489,48	220,00	124,47	1.868,19	429,71	18	184,25
					B	2.364,93	220,00	124,47	1.774,73	407,56	18	184,25
1	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M		A1	2.290,25	220,00	124,47	1.718,69	394,68	18	184,25
					A2							
					C							

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
1	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M		A1	1.729,07	220,00	124,47	1.336,42	386,91	7	281,11
					A2	1.642,55	220,00	124,47	1.297,50	375,65	7	281,11
					B	1.642,55	220,00	124,47	1.232,63	356,26	7	281,11
1	027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	M		C	1.642,55	220,00	124,47	1.232,63	356,26	7	281,11
					A1	5.135,45	220,00	124,47	3.853,81	642,43	18	263,29
					A2	4.985,88	220,00	124,47	3.741,57	623,72	18	263,29
1	028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	M		B	4.736,51	220,00	124,47	3.554,44	591,86	18	263,29
					C	4.487,22	220,00	124,47	3.367,36	560,70	18	263,29
					A1	4.241,80	220,00	124,47	3.183,19	579,06	21	273,32
1	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	M		A2	4.118,26	220,00	124,47	3.090,48	562,20	21	273,32
					B	3.912,29	220,00	124,47	2.935,92	533,90	21	273,32
					C	3.706,38	220,00	124,47	2.781,39	505,80	21	273,32
1	030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	M		A1	3.275,43	220,00	124,47	2.458,00	492,36	13	238,81
					A2	3.180,03	220,00	124,47	2.386,41	478,02	13	238,81
					B	3.021,00	220,00	124,47	2.267,07	454,10	13	238,81
1	031	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	M		C	2.862,00	220,00	124,47	2.147,75	430,20	13	238,81
					A1	1.451,27	220,00	124,47	1.089,08	489,76	7	315,63
					A2	1.409,00	220,00	124,47	1.057,36	475,50	7	315,63
1	032	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	M		B	1.338,55	220,00	124,47	1.004,49	451,26	7	315,63
					C	1.288,10	220,00	124,47	951,63	427,50	7	315,63
					A1	3.180,11	220,00	124,47	2.386,44	573,42	12	351,26
1	033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	M		A2	3.087,49	220,00	124,47	2.316,94	556,72	12	351,26
					B	2.933,03	220,00	124,47	2.201,04	528,20	12	351,26
					C	2.778,66	220,00	124,47	2.085,19	500,40	12	351,26
1	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	M		A1	2.102,76	220,00	124,47	1.577,99	506,43	9	183,69
					A2	2.041,52	220,00	124,47	1.532,03	491,68	9	183,69
					B	1.939,43	220,00	124,47	1.455,42	466,46	9	183,69
1	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M		C	1.837,35	220,00	124,47	1.378,82	441,90	9	183,69
					A1	1.260,84	220,00	124,47	946,17	497,49	4	363,49
					A2	1.224,12	220,00	124,47	918,62	483,00	4	363,49
1	036	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M		B	1.162,90	220,00	124,47	872,68	458,86	4	363,49
					C	1.101,69	220,00	124,47	826,75	434,70	4	363,49
					A1	3.470,39	220,00	124,47	2.604,30	435,25	26	273,32
1	037	Altre malattie del sistema nervoso con CC	M		A2	3.369,32	220,00	124,47	2.528,45	422,58	26	273,32
					B	3.200,84	220,00	124,47	2.402,02	400,90	26	273,32
					C	3.039,76	220,00	124,47	2.326,16	388,24	26	273,32
1	038	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M		A1	2.139,22	220,00	124,47	1.605,34	400,16	14	229,33
					A2	2.076,92	220,00	124,47	1.558,59	388,51	14	229,33
					B	1.973,06	220,00	124,47	1.480,65	368,60	14	229,33
1	039	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M		C	1.869,21	220,00	124,47	1.402,72	349,20	14	229,33

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
2	036	Interventi sulla retina	C		A1	1.595,10	1.535,34	1.535,34	1.535,34	778,16	7	199,28
					A2	1.548,65	1.490,63	1.490,63	1.490,63	755,50	7	199,28
					B	1.471,17	1.416,07	1.416,07	1.416,07	717,26	7	199,28
2	037	Interventi sull'orbita	C		C	1.471,17	1.416,07	1.416,07	1.416,07	717,26	7	199,28
					A1	5.077,42	1.967,23	1.967,23	1.967,23	1.621,64	15	260,51
					A2	4.929,54	1.909,94	1.909,94	1.909,94	1.574,41	15	260,51
2	038	Interventi primari sull'iride	C		B	4.683,03	1.814,41	1.814,41	1.814,41	1.495,30	15	260,51
					C	4.436,55	1.718,91	1.718,91	1.718,91	1.416,60	15	260,51
					A1	1.581,59	1.224,34	1.224,34	1.224,34	609,89	7	240,47
2	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	potenzialmente inappropriato	A2	1.535,53	1.188,68	1.188,68	1.188,68	592,13	7	240,47
					B	1.458,73	1.129,17	1.129,17	1.129,17	562,40	7	240,47
					C	1.381,95	1.069,74	1.069,74	1.069,74	532,80	7	240,47
2	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	potenzialmente inappropriato	A1	921,79	1.024,22	1.024,22	1.024,22	501,25	4	250,55
					A2	894,95	994,39	994,39	994,39	486,66	4	250,55
					B	850,16	944,59	944,59	944,59	461,70	4	250,55
2	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C		C	850,16	944,59	944,59	944,59	461,70	4	250,55
					A1	1.496,72	1.663,02	1.663,02	1.663,02	756,18	7	289,17
					A2	1.453,13	1.614,59	1.614,59	1.614,59	734,16	7	289,17
2	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	potenzialmente inappropriato	B	1.380,45	1.533,78	1.533,78	1.533,78	697,30	7	289,17
					C	1.307,79	1.453,05	1.453,05	1.453,05	660,60	7	289,17
					A1	1.234,45	1.334,68	1.334,68	1.334,68	779,95	2	270,23
2	043	Itema	M		A2	1.198,50	1.295,81	1.295,81	1.295,81	757,24	2	270,23
					B	1.138,58	1.231,01	1.231,01	1.231,01	719,16	2	270,23
					C	1.078,65	1.166,22	1.166,22	1.166,22	681,30	2	270,23
2	044	Infezioni acute maggiori dell'occhio	M		A1	1.689,92	1.567,29	1.567,29	1.567,29	784,20	4	202,14
					A2	1.640,70	1.521,65	1.521,65	1.521,65	761,36	4	202,14
					B	1.558,67	1.445,52	1.445,52	1.445,52	722,96	4	202,14
2	045	Malattie neurologiche dell'occhio	M		C	1.558,67	1.445,52	1.445,52	1.445,52	722,96	4	202,14
					A1	1.261,27	220,00	124,47	946,50	314,79	9	192,04
					A2	1.224,54	220,00	124,47	918,94	305,63	9	192,04
2	045	Malattie neurologiche dell'occhio	M		B	1.163,28	220,00	124,47	872,97	289,76	9	192,04
					C	1.102,05	220,00	124,47	827,02	274,50	9	192,04
					A1	2.040,54	220,00	124,47	1.531,30	280,81	15	163,65
2	045	Malattie neurologiche dell'occhio	M		A2	1.981,11	220,00	124,47	1.486,70	272,64	15	163,65
					B	1.882,05	220,00	124,47	1.412,36	258,40	15	163,65
					C	1.782,99	220,00	124,47	1.338,02	244,80	15	163,65
2	045	Malattie neurologiche dell'occhio	M		A1	2.561,01	220,00	124,47	1.921,84	414,99	15	266,07
					A2	2.486,42	220,00	124,47	1.865,87	402,91	15	266,07
					B	2.362,08	220,00	124,47	1.772,57	381,90	15	266,07
2	045	Malattie neurologiche dell'occhio	M		C	2.237,76	220,00	124,47	1.679,27	361,80	15	266,07

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die								
2	046	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	M		A1	2.764,34	220,00	124,47	2.074,46	443,07	21	261,07								
					A2	2.663,83	220,00	124,47	2.014,04	430,17	21	261,07								
					B	2.549,61	220,00	124,47	1.913,32	408,50	21	261,07								
	C	2.415,42	220,00	124,47	1.812,62	387,00	21	261,07												
													A1	1.082,60	220,00	124,47	812,40	368,40	13	242,70
													A2	1.051,07	220,00	124,47	788,74	357,67	13	242,70
2	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	998,45	220,00	124,47	749,26	339,16	13	242,70								
					C	998,45	220,00	124,47	749,26	339,16	13	242,70								
					A1	1.687,14	220,00	124,47	1.266,09	299,75	7	303,94								
2	048	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	M		A2	1.638,00	220,00	124,47	1.229,22	291,02	7	303,94								
					B	1.556,10	220,00	124,47	1.167,76	276,46	7	303,94								
					C	1.474,20	220,00	124,47	1.106,30	261,90	7	303,94								
3	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	C	alta complessità	A1	6.818,05	2.545,84	2.545,84	2.545,84	2.496,21	10	210,41								
					A2	6.619,47	2.471,69	2.471,69	2.471,69	2.423,51	10	210,41								
					B	6.288,43	2.348,02	2.348,02	2.348,02	2.301,86	10	210,41								
	C	5.957,46	2.224,44	2.224,44	2.224,44	2.180,70	10	210,41												
													A1	3.714,95	1.859,62	1.859,62	1.859,62	1.540,02	4	240,47
													A2	3.606,75	1.805,46	1.805,46	1.805,46	1.495,17	4	240,47
3	050	Staladenectomia	C		B	3.426,37	1.715,13	1.715,13	1.715,13	1.420,26	4	240,47								
					C	3.246,03	1.624,86	1.624,86	1.624,86	1.345,50	4	240,47								
					A1	1.671,63	1.521,97	1.521,97	1.521,97	759,56	4	237,69								
3	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto staladenectomia	C		A2	1.622,95	1.477,65	1.477,65	1.477,65	737,44	4	237,69								
					B	1.541,76	1.403,72	1.403,72	1.403,72	700,16	4	237,69								
					C	1.541,76	1.403,72	1.403,72	1.403,72	700,16	4	237,69								
3	052	Riparazione di chelioschisi e di palatoschisi	C		A1	3.730,42	1.256,90	1.256,90	1.256,90	1.051,34	10	227,68								
					A2	3.621,77	1.220,30	1.220,30	1.220,30	1.020,72	10	227,68								
					B	3.440,62	1.159,29	1.159,29	1.159,29	969,00	10	227,68								
	C	3.259,53	1.098,27	1.098,27	1.098,27	918,00	10	227,68												
													A1	2.882,09	2.069,38	2.069,38	2.069,38	1.725,92	4	210,41
													A2	2.798,15	2.009,11	2.009,11	2.009,11	1.675,66	4	210,41
3	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	C		B	2.658,20	1.908,65	1.908,65	1.908,65	1.591,26	4	210,41								
					C	2.518,29	1.808,19	1.808,19	1.808,19	1.507,50	4	210,41								
					A1	3.193,35	2.041,31	2.041,31	2.041,31	1.695,99	7	172,55								
3	054	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	C		A2	3.100,34	1.981,86	1.981,86	1.981,86	1.646,60	7	172,55								
					B	2.945,29	1.882,71	1.882,71	1.882,71	1.563,70	7	172,55								
					C	2.790,27	1.783,62	1.783,62	1.783,62	1.481,40	7	172,55								
	A1	1.529,35	1.661,56	1.661,56	1.661,56	851,95	4	227,14												
													A2	1.484,81	1.613,17	1.613,17	1.613,17	827,14	4	227,14
													B	1.410,56	1.532,45	1.532,45	1.532,45	785,66	4	227,14
3	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	potenzialmente inappropriato	C	1.410,56	1.532,45	1.532,45	1.532,45	785,66	4	227,14								

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
3	056	Rinoplastica	C		A1	2.650,07	1.778,03	1.778,03	1.778,03	1.496,83	4	227,12
					A2	2.572,89	1.726,25	1.726,25	1.726,25	1.453,24	4	227,12
					B	2.444,16	1.639,89	1.639,89	1.639,89	1.380,36	4	227,12
3	057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	C		C	2.315,52	1.553,58	1.553,58	1.553,58	1.307,70	4	227,12
					A1	1.945,23	897,38	897,38	897,38	742,84	7	202,62
					A2	1.888,58	871,25	871,25	871,25	721,21	7	202,62
3	058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C		B	1.794,08	827,64	827,64	827,64	684,96	7	202,62
					C	1.794,08	827,64	827,64	827,64	684,96	7	202,62
					A1	1.797,32	951,87	951,87	951,87	771,14	7	271,65
3	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	C		A2	1.744,98	924,15	924,15	924,15	748,68	7	271,65
					B	1.657,66	877,90	877,90	877,90	710,60	7	271,65
					C	1.570,41	831,69	831,69	831,69	673,20	7	271,65
3	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C		A1	893,68	992,99	992,99	992,99	476,97	2	191,48
					A2	867,66	964,07	964,07	964,07	463,08	2	191,48
					B	824,22	915,80	915,80	915,80	439,86	2	191,48
3	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	C		C	824,22	915,80	915,80	915,80	439,86	2	191,48
					A1	605,24	672,49	672,49	672,49	320,89	2	244,37
					A2	587,62	652,91	652,91	652,91	311,55	2	244,37
3	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	C		B	558,22	620,26	620,26	620,26	295,46	2	244,37
					C	558,22	620,26	620,26	620,26	295,46	2	244,37
					A1	1.598,85	1.648,25	1.648,25	1.648,25	851,20	2	391,89
3	063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C		A1	1.162,18	1.069,47	1.069,47	1.069,47	632,42	9	317,84
					A2	1.104,00	1.015,93	1.015,93	1.015,93	600,40	9	317,84
					B	1.045,89	962,46	962,46	962,46	568,80	9	317,84
3	064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	M		A1	4.508,93	2.198,05	2.198,05	2.198,05	1.836,92	9	219,32
					A2	4.377,61	2.134,03	2.134,03	2.134,03	1.783,42	9	219,32
					B	4.158,72	2.027,30	2.027,30	2.027,30	1.693,86	9	219,32
3	065	Alterazioni dell'equilibrio	M		C	3.939,84	1.920,60	1.920,60	1.920,60	1.604,70	9	219,32
					A1	3.590,14	2.200,00	2.200,00	2.200,00	633,72	20	246,04
					A2	3.485,58	2.200,00	2.200,00	2.200,00	615,27	20	246,04
3	065	Alterazioni dell'equilibrio	M		B	3.311,23	2.200,00	2.200,00	2.200,00	584,26	20	246,04
					C	3.136,95	2.200,00	2.200,00	2.200,00	553,50	20	246,04
					A1	981,47	220,00	220,00	220,00	339,27	13	219,70
3	065	Alterazioni dell'equilibrio	M		A2	952,89	220,00	220,00	220,00	329,39	13	219,70
					B	905,16	220,00	220,00	220,00	312,56	13	219,70
					C	905,16	220,00	220,00	220,00	312,56	13	219,70

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
3	066	Epistassi	M		A1	1.622,28	220,00	124,47	1.217,41	428,18	10	182,58
					A2	1.575,03	220,00	124,47	1.181,96	415,71	10	182,58
					B	1.496,25	220,00	124,47	1.122,85	394,26	10	182,58
3	067	Epiglottite	M		C	1.417,50	220,00	124,47	1.063,75	373,50	10	182,58
					A1	1.728,06	220,00	124,47	1.296,80	399,01	15	281,67
					A2	1.677,73	220,00	124,47	1.259,03	387,39	15	281,67
3	068	Otte media e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 anni con CC	M		B	1.593,82	220,00	124,47	1.196,06	367,66	15	281,67
					C	1.509,96	220,00	124,47	1.133,13	348,65	15	281,67
					A1	1.992,88	220,00	124,47	1.495,52	324,48	14	261,64
3	069	Otte media e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	M		A2	1.934,84	220,00	124,47	1.451,97	315,03	14	261,64
					B	1.838,06	220,00	124,47	1.379,35	299,26	14	261,64
					C	1.838,06	220,00	124,47	1.379,35	299,26	14	261,64
3	070	Otte media e infezioni alle vie respiratorie, età < 18 anni	M		A1	1.283,91	220,00	124,47	963,49	320,05	10	227,12
					A2	1.246,52	220,00	124,47	935,43	310,73	10	227,12
					B	1.184,18	220,00	124,47	888,65	294,50	10	227,12
3	071	Laringotracheite	M		C	1.184,18	220,00	124,47	888,65	294,50	10	227,12
					A1	681,43	220,00	124,47	511,36	276,74	7	200,95
					A2	661,59	220,00	124,47	496,47	268,68	7	200,95
3	072	Traumatismi e deformità del naso	M		B	628,43	220,00	124,47	471,59	254,60	7	200,95
					C	628,43	220,00	124,47	471,59	254,60	7	200,95
					A1	643,52	220,00	124,47	482,91	232,82	9	267,20
3	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	potenzialmente inappropriato	A2	624,78	220,00	124,47	468,85	226,04	9	267,20
					B	593,47	220,00	124,47	445,36	214,70	9	267,20
					C	562,30	220,00	124,47	421,97	203,44	9	267,20
3	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M		A1	1.908,68	220,00	124,47	1.432,33	549,47	9	307,27
					A2	1.853,09	220,00	124,47	1.390,62	533,47	9	307,27
					B	1.760,35	220,00	124,47	1.321,03	506,36	9	307,27
3	075	Interventi maggiori sul torace	C	alta complessità	C	1.667,70	220,00	124,47	1.251,50	479,70	9	307,27
					A1	1.221,14	220,00	124,47	916,38	427,06	9	278,33
					A2	1.185,58	220,00	124,47	889,69	414,63	9	278,33
3	076	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M		B	1.126,23	220,00	124,47	845,16	393,30	9	278,33
					C	1.126,23	220,00	124,47	845,16	393,30	9	278,33
					A1	761,18	220,00	124,47	571,21	325,46	4	296,14
3	077	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M		A2	739,01	220,00	124,47	564,58	315,99	4	296,14
					B	702,05	220,00	124,47	526,85	299,26	4	296,14
					C	702,05	220,00	124,47	526,85	299,26	4	296,14
3	078	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M		A1	8.998,63	2.510,67	2.510,67	2.510,67	2.337,80	18	237,13
					A2	8.736,54	2.437,55	2.437,55	2.437,55	2.269,71	18	237,13
					B	8.299,68	2.315,63	2.315,63	2.315,63	2.155,56	18	237,13
3	079	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M		C	8.037,58	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.087,48	18	237,13

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
4	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	C		A1	9.939,75	1.732,05	1.732,05	1.732,05	1.780,51	38	230,46
					A2	9.650,25	1.681,61	1.681,61	1.681,61	1.728,66	38	230,46
					B	9.167,69	1.597,52	1.597,52	1.597,52	1.641,60	38	230,46
					C	8.685,18	1.513,44	1.513,44	1.513,44	1.555,20	38	230,46
					A1	4.777,91	1.732,05	1.732,05	1.732,05	1.337,20	18	219,88
					A2	4.638,75	1.681,61	1.681,61	1.681,61	1.298,26	18	219,88
4	077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C		B	4.406,77	1.597,52	1.597,52	1.597,52	1.233,10	18	219,88
					C	4.174,83	1.513,44	1.513,44	1.513,44	1.168,20	18	219,88
					A1	4.129,03	220,00	124,47	3.098,55	417,17	21	220,44
4	078	Embolia polmonare	M		A2	4.008,77	220,00	124,47	3.008,31	405,02	21	220,44
					B	3.808,27	220,00	124,47	2.857,85	384,76	21	220,44
					C	3.808,27	220,00	124,47	2.857,85	384,76	21	220,44
					A1	5.916,56	220,00	124,47	4.439,99	463,54	34	218,20
					A2	5.744,24	220,00	124,47	4.310,67	450,04	34	218,20
					B	5.456,99	220,00	124,47	4.095,11	427,50	34	218,20
4	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	M		C	5.169,78	220,00	124,47	3.879,58	405,00	34	218,20
					A1	4.554,18	220,00	124,47	3.417,61	320,34	28	200,39
					A2	4.421,54	220,00	124,47	3.318,07	311,01	28	200,39
4	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	M		B	4.200,43	220,00	124,47	3.152,14	295,46	28	200,39
					C	3.979,35	220,00	124,47	2.986,24	279,90	28	200,39
					A1	5.940,64	220,00	124,47	4.458,04	568,11	30	313,40
4	081	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	M		A2	5.767,62	220,00	124,47	4.328,20	551,57	30	313,40
					B	5.479,22	220,00	124,47	4.111,78	523,46	30	313,40
					C	5.190,84	220,00	124,47	3.895,37	495,90	30	313,40
					A1	4.285,69	220,00	124,47	3.216,13	498,07	26	180,90
					A2	4.160,87	220,00	124,47	3.122,46	483,57	26	180,90
					B	3.952,76	220,00	124,47	2.966,29	458,86	26	180,90
4	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M		C	3.744,72	220,00	124,47	2.810,17	434,70	26	180,90
					A1	2.697,40	220,00	124,47	2.024,21	444,72	15	243,81
					A2	2.618,84	220,00	124,47	1.965,26	431,77	15	243,81
4	083	Traumi maggiori del torace con CC	M		B	2.487,86	220,00	124,47	1.866,98	409,46	15	243,81
					C	2.409,30	220,00	124,47	1.808,02	396,52	15	243,81
					A1	1.769,51	220,00	124,47	1.327,90	413,57	8	235,47
4	084	Traumi maggiori del torace senza CC	M		A2	1.717,98	220,00	124,47	1.289,23	401,53	8	235,47
					B	1.632,01	220,00	124,47	1.224,72	380,96	8	235,47
					C	1.546,11	220,00	124,47	1.160,26	360,90	8	235,47
4	085	Versamento pleurico con CC	M		A1	4.387,40	220,00	124,47	3.292,45	490,72	26	246,04
					A2	4.259,62	220,00	124,47	3.196,56	476,43	26	246,04
					B	4.046,62	220,00	124,47	3.036,72	452,20	26	246,04
					C	3.833,64	220,00	124,47	2.876,90	428,40	26	246,04

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
4	086	Versamento pleurico senza CC	M		A1	2.953,12	220,00	124,47	2.216,11	391,35	21	150,29
					A2	2.867,11	220,00	124,47	2.151,57	379,96	21	150,29
					B	2.723,75	220,00	124,47	2.043,99	360,06	21	150,29
4	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M		C	2.580,39	220,00	124,47	1.936,41	341,10	21	150,29
					A1	4.034,78	220,00	124,47	3.027,84	481,61	23	231,57
					A2	4.034,78	220,00	124,47	3.027,84	467,59	23	231,57
4	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	potenzialmente inappropriato	B	3.829,10	220,00	124,47	2.873,48	467,59	23	231,57
					C	3.829,10	220,00	124,47	2.873,48	467,59	23	231,57
					A1	2.733,70	220,00	124,47	2.121,28	386,82	17	186,18
4	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente inappropriato	A2	2.733,70	220,00	124,47	2.121,28	375,56	17	186,18
					B	2.702,21	220,00	124,47	2.112,60	375,56	17	186,18
					C	2.702,21	220,00	124,47	2.112,60	375,56	17	186,18
4	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	3.664,26	220,00	124,47	2.931,42	369,46	23	217,04
					A2	3.557,54	220,00	124,47	2.846,04	358,70	23	217,04
					B	3.379,63	220,00	124,47	2.703,71	340,10	23	217,04
4	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M		C	3.272,90	220,00	124,47	2.618,33	329,36	23	217,04
					A1	2.359,98	220,00	124,47	1.887,97	290,05	17	128,20
					A2	2.291,25	220,00	124,47	1.832,99	281,61	17	128,20
4	092	Malattia polmonare interstiziale con CC	M		B	2.176,64	220,00	124,47	1.741,31	266,96	17	128,20
					C	2.062,08	220,00	124,47	1.649,66	252,90	17	128,20
					A1	2.006,44	220,00	124,47	1.524,44	265,92	8	229,27
4	093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	M		A2	1.948,00	220,00	124,47	1.480,04	258,18	8	229,27
					B	1.850,60	220,00	124,47	1.406,05	245,10	8	229,27
					C	1.753,20	220,00	124,47	1.332,04	232,36	8	229,27
4	094	Pneumotorace con CC	M		A1	4.615,11	220,00	124,47	3.463,33	417,64	25	217,64
					A2	4.480,69	220,00	124,47	3.362,46	405,48	25	217,64
					B	4.256,57	220,00	124,47	3.194,27	384,76	25	217,64
4	095	Pneumotorace senza CC	M		C	4.032,54	220,00	124,47	3.026,15	364,50	25	217,64
					A1	3.088,86	220,00	124,47	2.317,97	475,33	19	211,53
					A2	2.998,90	220,00	124,47	2.250,46	461,49	19	211,53
4	096	Malattia polmonare interstiziale con CC	M		B	2.848,96	220,00	124,47	2.137,94	437,96	19	211,53
					C	2.699,01	220,00	124,47	2.025,42	414,90	19	211,53
					A1	3.362,79	220,00	124,47	2.523,55	437,94	19	236,47
4	097	Pneumotorace con CC	M		A2	3.264,85	220,00	124,47	2.450,05	425,19	19	236,47
					B	3.101,56	220,00	124,47	2.327,52	403,76	19	236,47
					C	3.101,56	220,00	124,47	2.327,52	403,76	19	236,47
4	098	Pneumotorace senza CC	M		A1	1.872,18	220,00	124,47	1.404,95	353,27	13	199,28
					A2	1.817,66	220,00	124,47	1.364,03	342,99	13	199,28
					B	1.726,72	220,00	124,47	1.295,79	324,90	13	199,28
4	099	Pneumotorace senza CC	M		C	1.635,84	220,00	124,47	1.227,59	307,80	13	199,28

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die								
4	096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	M		A1	2.613,28	220,00	124,47	1.961,09	304,66	15	206,51								
					A2	2.537,17	220,00	124,47	1.903,98	295,79	15	206,51								
					B	2.410,25	220,00	124,47	1.808,73	280,26	15	206,51								
	C	2.410,25	220,00	124,47	1.808,73	280,26	15	206,51												
													A1	1.887,08	220,00	124,47	1.416,13	282,10	14	140,27
													A2	1.832,12	220,00	124,47	1.374,89	273,89	14	140,27
4	097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	M		B	1.740,50	220,00	124,47	1.096,13	259,36	14	140,27								
					C	1.685,53	220,00	124,47	1.264,89	251,16	14	140,27								
					A1	1.584,14	220,00	124,47	1.188,78	264,14	8	250,50								
4	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	M		A2	1.538,00	220,00	124,47	1.154,16	256,45	8	250,50								
					B	1.461,10	220,00	124,47	1.096,46	243,20	8	250,50								
					C	1.384,20	220,00	124,47	1.038,74	230,81	8	250,50								
	A1	2.865,30	220,00	124,47	2.150,22	346,86	19	124,12												
													A2	2.781,85	220,00	124,47	2.087,60	336,76	19	124,12
													B	2.642,71	220,00	124,47	1.983,19	319,20	19	124,12
4	099	Segni e sintomi respiratori con CC	M		C	2.503,62	220,00	124,47	1.878,81	302,40	19	124,12								
					A1	1.528,45	220,00	124,47	1.147,00	322,50	10	116,33								
					A2	1.483,94	220,00	124,47	1.113,60	313,11	10	116,33								
4	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	M		B	1.409,71	220,00	124,47	1.057,89	297,36	10	116,33								
					C	1.365,19	220,00	124,47	1.024,49	287,96	10	116,33								
					A1	2.746,09	220,00	124,47	2.060,75	363,83	18	252,73								
4	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	M		A2	2.666,11	220,00	124,47	2.000,73	353,24	18	252,73								
					B	2.532,80	220,00	124,47	1.900,69	335,36	18	252,73								
					C	2.452,81	220,00	124,47	1.840,67	324,76	18	252,73								
4	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	M		A1	1.775,38	220,00	124,47	1.332,29	344,64	12	241,03								
					A2	1.723,67	220,00	124,47	1.293,49	334,61	12	241,03								
					B	1.637,42	220,00	124,47	1.228,77	317,30	12	241,03								
	C	1.551,24	220,00	124,47	1.164,10	300,60	12	241,03												
													A1	64.479,72	0,00	0,00	0,00	0,00	96	613,65
													A2	62.601,67	0,00	0,00	0,00	0,00	96	613,65
Pre	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	C	alta complessità	B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	96	0,00								
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	96	0,00								
					A1	25.415,44	20.332,28	20.332,28	20.332,28	9.818,12	30	727,01								
5	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	alta complessità	A2	24.675,19	19.740,08	19.740,08	19.740,08	9.532,16	30	727,01								
					B	23.441,35	18.753,07	18.753,07	18.753,07	9.055,40	30	727,01								
					C	22.207,39	17.766,07	17.766,07	17.766,07	8.578,80	30	727,01								
	A1	21.101,19	16.189,63	16.189,63	16.189,63	7.627,89	24	337,33												
													A2	20.486,50	15.718,09	15.718,09	15.718,09	7.405,72	24	337,33
													B	19.462,27	14.932,19	14.932,19	14.932,19	7.034,76	24	337,33
5	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	C	alta complessità	C	18.437,94	14.146,28	14.146,28	14.146,28	6.664,50	24	337,33								

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
5	106	Bypass coronarico con PTCA	C	alta complessità	A1	28.344,07	19.050,26	19.050,26	19.050,26	7.968,73	29	705,30
					A2	27.518,52	18.495,40	18.495,40	18.495,40	7.736,64	29	705,30
					B	26.142,58	17.570,63	17.570,63	17.570,63	7.349,20	29	705,30
5	108	Altri interventi cardiotoracici	C	alta complessità	C	24.766,55	16.645,86	16.645,86	16.645,86	6.962,40	29	705,30
					A1	16.911,47	13.529,17	13.529,17	13.529,17	5.383,10	30	402,47
					A2	16.418,91	13.135,12	13.135,12	13.135,12	5.226,32	30	402,47
5	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	C	alta complessità	B	15.597,96	12.478,37	12.478,37	12.478,37	4.964,70	30	402,47
					C	14.777,02	11.821,61	11.821,61	11.821,61	4.703,69	30	402,47
					A1	14.634,49	11.707,55	11.707,55	11.707,55	4.736,40	28	305,05
5	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	C	alta complessità	A2	14.208,25	11.366,56	11.366,56	11.366,56	4.598,45	28	305,05
					B	13.497,79	10.798,23	10.798,23	10.798,23	4.368,10	28	305,05
					C	12.787,38	10.229,91	10.229,91	10.229,91	4.138,20	28	305,05
5	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	C	alta complessità	A1	10.814,82	8.651,83	8.651,83	8.651,83	4.531,07	14	249,38
					A2	10.499,83	8.399,84	8.399,84	8.399,84	4.399,10	14	249,38
					B	9.974,81	7.979,85	7.979,85	7.979,85	4.179,06	14	249,38
5	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	C	alta complessità	C	9.449,82	7.559,85	7.559,85	7.559,85	3.959,10	14	249,38
					A1	11.362,09	9.089,62	9.089,62	9.089,62	2.272,39	61	231,01
					A2	11.031,16	8.824,88	8.824,88	8.824,88	2.206,21	61	231,01
5	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	C	alta complessità	B	10.479,55	8.383,64	8.383,64	8.383,64	2.095,70	61	231,01
					C	9.927,99	7.942,39	7.942,39	7.942,39	1.985,40	61	231,01
					A1	6.237,48	1.874,76	1.874,76	1.874,76	1.316,16	30	254,38
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	alta complessità	A2	6.055,81	1.820,16	1.820,16	1.820,16	1.277,83	30	254,38
					B	5.753,01	1.729,10	1.729,10	1.729,10	1.213,16	30	254,38
					C	5.450,22	1.638,09	1.638,09	1.638,09	1.149,30	30	254,38
5	119	Legatura e stripping di vene	C	potenzialmente inappropriato	A1	3.653,82	1.608,36	1.608,36	1.608,36	1.317,46	13	321,75
					A2	3.547,40	1.561,52	1.561,52	1.561,52	1.279,09	13	321,75
					B	3.370,03	1.483,43	1.483,43	1.483,43	1.215,06	13	321,75
5	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	C	alta complessità	C	3.192,66	1.405,37	1.405,37	1.405,37	1.151,18	13	321,75
					A1	3.329,42	2.066,76	2.066,76	2.066,76	1.759,74	7	280,00
					A2	3.232,45	2.006,57	2.006,57	2.006,57	1.708,49	7	280,00
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	alta complessità	B	3.070,78	1.906,18	1.906,18	1.906,18	1.622,60	7	280,00
					C	2.909,21	1.805,91	1.805,91	1.805,91	1.537,64	7	280,00
					A1	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.718,65	2	252,14
5	119	Legatura e stripping di vene	C	potenzialmente inappropriato	A2	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14
					B	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14
					C	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14
5	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	C	alta complessità	A1	7.082,58	2.620,03	2.620,03	2.620,03	1.954,89	25	336,77
					A2	6.876,30	2.543,72	2.543,72	2.543,72	1.897,96	25	336,77
					B	6.532,49	2.416,52	2.416,52	2.416,52	1.802,16	25	336,77
					C	6.188,67	2.289,33	2.289,33	2.289,33	1.707,30	25	336,77

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
5	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	M	alta complessità	A1	4.841,29	220,00	124,47	3.633,06	615,37	23	256,06
					A2	4.700,29	220,00	124,47	3.527,25	597,45	23	256,06
					B	4.465,19	220,00	124,47	3.350,83	567,16	23	256,06
5	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	alta complessità	C	4.324,18	220,00	124,47	3.245,01	549,24	23	256,06
					A1	3.477,92	220,00	124,47	2.609,95	604,32	13	252,73
					A2	3.376,63	220,00	124,47	2.533,94	586,72	13	252,73
5	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	M	alta complessità	B	3.207,77	220,00	124,47	2.407,22	556,70	13	252,73
					C	3.106,47	220,00	124,47	2.331,20	539,12	13	252,73
					A1	4.138,91	0,00	0,00	0,00	602,66	24	328,99
5	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	M		A2	4.018,36	0,00	0,00	0,00	585,11	24	328,99
					B	3.817,39	0,00	0,00	0,00	555,76	24	328,99
					C	3.696,84	0,00	0,00	0,00	538,20	24	328,99
5	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M		A1	3.493,27	3.493,24	3.493,24	3.493,27	892,38	18	389,10
					A2	3.391,53	3.391,50	3.391,50	3.391,53	866,39	18	389,10
					B	3.391,50	3.391,50	3.391,50	3.391,50	822,70	18	389,10
5	126	Endocardite acuta e subacuta	M	alta complessità	C	3.052,38	3.052,35	3.052,35	3.052,38	779,75	18	389,10
					A1	2.206,66	2.206,56	2.206,56	2.206,66	888,70	7	265,52
					A2	2.142,39	2.142,30	2.142,30	2.142,39	862,82	7	265,52
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M		B	2.142,30	2.142,30	2.142,30	2.142,30	818,90	7	265,52
					C	1.928,15	1.928,07	1.928,07	1.928,15	776,54	7	265,52
					A1	10.890,62	220,00	124,47	8.172,68	894,45	73	242,15
5	128	Tromboflebite delle vene profonde	M		A2	10.573,42	220,00	124,47	7.934,65	868,40	73	242,15
					B	10.044,73	220,00	124,47	7.537,91	824,60	73	242,15
					C	9.516,06	220,00	124,47	7.141,18	781,20	73	242,15
5	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	M		A1	3.143,80	220,00	124,47	2.517,72	428,78	20	204,80
					A2	3.052,24	220,00	124,47	2.444,39	416,30	20	204,80
					B	2.899,59	220,00	124,47	2.322,14	395,20	20	204,80
5	130	Malattie vascolari periferiche con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.899,59	220,00	124,47	2.322,14	395,20	20	204,80
					A1	2.384,35	220,00	124,47	1.789,30	350,09	16	198,16
					A2	2.314,91	220,00	124,47	1.737,19	339,90	16	198,16
5	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	M		B	2.199,16	220,00	124,47	1.650,33	322,06	16	198,16
					C	2.199,16	220,00	124,47	1.650,33	322,06	16	198,16
					A1	4.120,01	220,00	124,47	3.091,80	518,19	26	216,54
5	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	M		A2	4.000,01	220,00	124,47	3.001,75	503,10	26	216,54
					B	3.800,00	220,00	124,47	2.851,66	477,86	26	216,54
					C	3.600,00	220,00	124,47	2.701,57	452,70	26	216,54
5	130	Malattie vascolari periferiche con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	3.407,74	220,00	124,47	2.726,18	435,49	24	226,83
					A2	3.308,49	220,00	124,47	2.646,78	422,81	24	226,83
					B	3.142,98	220,00	124,47	2.514,38	400,90	24	226,83
					C	2.977,56	220,00	124,47	2.382,05	379,80	24	226,83

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.122,27	220,00	124,47	897,82	292,68	18	203,74
					A2	1.089,59	220,00	124,47	871,67	284,16	18	203,74
					B	1.035,03	220,00	124,47	828,02	269,80	18	203,74
5	132	Aterosclerosi con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	1.035,03	220,00	124,47	828,02	269,80	18	203,74
					A1	2.516,26	220,00	124,47	2.013,00	342,80	19	160,53
					A2	2.442,98	220,00	124,47	1.954,37	332,82	19	160,53
5	133	Aterosclerosi senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	2.320,76	220,00	124,47	1.856,59	315,40	19	160,53
					C	2.198,61	220,00	124,47	1.758,88	298,80	19	160,53
					A1	1.019,78	220,00	124,47	815,81	359,53	13	143,09
5	134	Ipertensione	M	potenzialmente inappropriato	A2	990,08	220,00	124,47	792,05	349,06	13	143,09
					B	940,50	220,00	124,47	752,39	331,56	13	143,09
					C	940,50	220,00	124,47	752,39	331,56	13	143,09
5	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	M		A1	992,26	220,00	138,31	138,31	342,81	15	152,67
					A2	963,36	220,00	138,31	138,31	332,83	15	152,67
					B	915,14	220,00	138,31	138,31	315,40	15	152,67
5	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	M		C	915,14	220,00	138,31	138,31	315,40	15	152,67
					A1	3.052,22	220,00	124,47	2.290,49	468,18	19	229,90
					A2	2.963,33	220,00	124,47	2.223,78	454,55	19	229,90
5	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	M		B	2.815,14	220,00	124,47	2.112,58	431,30	19	229,90
					C	2.666,97	220,00	124,47	2.001,39	408,60	19	229,90
					A1	2.135,29	220,00	124,47	1.602,41	446,87	13	226,55
5	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	M		A2	2.073,10	220,00	124,47	1.555,74	433,86	13	226,55
					B	1.969,45	220,00	124,47	1.477,96	411,36	13	226,55
					C	1.865,79	220,00	124,47	1.400,17	389,70	13	226,55
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	3.297,03	220,00	124,47	2.474,20	576,12	20	383,54
					A2	3.201,00	220,00	124,47	2.402,14	559,34	20	383,54
					B	3.040,95	220,00	124,47	2.282,04	531,06	20	383,54
5	140	Angina pectoris	M		C	2.890,90	220,00	124,47	2.161,93	503,10	20	383,54
					A1	2.446,46	220,00	124,47	1.835,90	416,62	14	299,48
					A2	2.375,21	220,00	124,47	1.782,43	404,49	14	299,48
5	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	M		B	2.256,44	220,00	124,47	1.693,30	383,80	14	299,48
					C	2.256,44	220,00	124,47	1.693,30	383,80	14	299,48
					A1	1.003,00	220,00	124,47	752,69	334,78	12	225,44
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A2	973,79	220,00	124,47	730,77	325,03	12	225,44
					B	925,02	220,00	124,47	694,17	308,76	12	225,44
					C	925,02	220,00	124,47	694,17	308,76	12	225,44
5	140	Angina pectoris	M		A1	1.926,52	220,00	124,47	1.445,71	306,06	15	227,68
					A2	1.870,41	220,00	124,47	1.403,61	297,15	15	227,68
					B	1.776,88	220,00	124,47	1.333,43	282,16	15	227,68
					C	1.720,77	220,00	124,47	1.291,32	273,24	15	227,68

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
5	141	Sincope e collasso con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	2.465,05	220,00	124,47	1.972,04	421,90	14	166,56
					A2	2.393,26	220,00	124,47	1.914,61	409,62	14	166,56
					B	2.273,54	220,00	124,47	1.818,84	388,56	14	166,56
5	142	Sincope e collasso senza CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.153,88	220,00	124,47	1.723,11	368,10	14	166,56
					A1	1.034,57	220,00	124,47	827,65	373,79	10	147,35
					A2	1.004,44	220,00	124,47	803,55	362,91	10	147,35
5	143	Dolore toracico	M		B	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
					C	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
					A1	1.440,53	220,00	124,47	1.081,02	354,42	9	365,17
5	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	M		A2	1.398,58	220,00	124,47	1.049,54	344,10	9	365,17
					B	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
					C	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
5	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	M		A1	4.027,25	220,00	124,47	3.022,19	686,07	22	253,28
					A2	3.909,96	220,00	124,47	2.934,17	666,09	22	253,28
					B	3.714,41	220,00	124,47	2.787,42	632,70	22	253,28
5	146	Resezione rettale con CC	C	alta complessità	C	3.518,91	220,00	124,47	2.640,72	599,40	22	253,28
					A1	2.159,72	220,00	124,47	1.620,72	378,39	15	235,47
					A2	2.096,82	220,00	124,47	1.573,52	367,37	15	235,47
5	147	Resezione rettale senza CC	C	alta complessità	B	1.991,96	220,00	124,47	1.494,84	348,66	15	235,47
					C	1.887,12	220,00	124,47	1.416,16	330,30	15	235,47
					A1	11.538,63	2.379,99	2.379,99	2.379,99	2.615,67	31	231,01
6	148	Resezione rettale con CC	C	alta complessità	A2	11.202,66	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.539,49	31	231,01
					B	10.642,38	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.412,06	31	231,01
					C	10.082,25	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.285,10	31	231,01
6	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	alta complessità	A1	7.699,48	2.379,99	2.379,99	2.379,99	2.351,88	9	211,53
					A2	7.475,23	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.283,38	9	211,53
					B	7.101,44	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.168,86	9	211,53
6	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	C		C	6.727,68	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.054,70	9	211,53
					A1	7.326,82	1.318,66	1.318,66	1.318,66	2.045,50	19	160,31
					A2	7.113,42	1.280,26	1.280,26	1.280,26	1.985,93	19	160,31
6	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C		B	6.757,73	1.216,19	1.216,19	1.216,19	1.885,76	19	160,31
					C	6.402,06	1.152,18	1.152,18	1.152,18	1.786,50	19	160,31
					A1	7.804,66	1.929,08	1.929,08	1.929,08	1.945,02	26	262,74
6	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	C		A2	7.577,34	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.888,37	26	262,74
					B	7.198,44	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.793,60	26	262,74
					C	6.971,12	1.723,07	1.723,07	1.723,07	1.736,96	26	262,74
6	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C		A1	4.509,54	1.929,08	1.929,08	1.929,08	1.585,08	14	203,17
					A2	4.378,20	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.538,92	14	203,17
					B	4.159,29	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.461,10	14	203,17
					C	3.940,38	1.685,61	1.685,61	1.685,61	1.384,20	14	203,17

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione		Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die	
6	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	C	alta complessità	A1	6.232,19	1.670,69	1.670,69	1.670,69	1.423,49	31	224,89
					A2	6.050,67	1.622,03	1.622,03	1.622,03	1.362,03	31	224,89
					B	5.748,07	1.540,90	1.540,90	1.540,90	1.312,90	31	224,89
6	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	C	alta complessità	C	5.445,54	1.459,80	1.459,80	1.459,80	1.243,80	31	224,89
					A1	4.625,41	1.670,69	1.670,69	1.670,69	1.375,22	15	215,42
					A2	4.490,69	1.622,03	1.622,03	1.622,03	1.335,17	15	215,42
6	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	C	alta complessità	B	4.266,07	1.540,90	1.540,90	1.540,90	1.268,26	15	215,42
					C	4.041,54	1.459,80	1.459,80	1.459,80	1.201,50	15	215,42
					A1	6.763,08	1.944,41	1.944,41	1.944,41	1.603,79	23	200,39
6	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	C	alta complessità	A2	6.566,10	1.887,78	1.887,78	1.887,78	1.557,08	23	200,39
					B	6.237,80	1.793,32	1.793,32	1.793,32	1.479,16	23	200,39
					C	5.909,49	1.698,93	1.698,93	1.698,93	1.401,30	23	200,39
6	157	Interventi su ano e stoma con CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	5.308,21	902,19	902,19	902,19	848,97	51	258,84
					A2	5.153,61	875,92	875,92	875,92	824,25	51	258,84
					B	4.895,92	832,11	832,11	832,11	782,80	51	258,84
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	potenzialmente inappropriato	C	4.638,24	788,31	788,31	788,31	741,60	51	258,84
					A1	3.922,40	1.036,77	1.036,77	1.036,77	1.040,69	14	225,02
					A2	3.808,16	1.006,58	1.006,58	1.006,58	1.010,38	14	225,02
6	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente inappropriato	B	3.617,70	956,18	956,18	956,18	959,50	14	225,02
					C	3.427,29	905,85	905,85	905,85	909,00	14	225,02
					A1	1.238,29	1.036,77	1.036,77	1.036,77	1.100,70	4	222,36
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	A2	1.202,23	1.006,58	1.006,58	1.006,58	1.068,65	4	222,36
					B	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36
					C	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36
6	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	5.038,71	1.568,65	1.568,65	1.568,65	1.496,61	19	208,75
					A2	4.891,96	1.522,97	1.522,97	1.522,97	1.453,02	19	208,75
					B	4.647,31	1.446,76	1.446,76	1.446,76	1.380,36	19	208,75
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	C	4.402,71	1.370,61	1.370,61	1.370,61	1.307,70	19	208,75
					A1	1.411,79	1.568,65	1.568,65	1.568,65	591,88	9	198,95
					A2	1.370,67	1.522,97	1.522,97	1.522,97	574,65	9	198,95
6	163	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	B	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95
					C	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95
					A1	3.677,83	1.318,66	1.318,66	1.318,66	1.277,08	14	243,82
6	164	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente inappropriato	A2	3.570,71	1.280,26	1.280,26	1.280,26	1.239,89	14	243,82
					B	3.392,17	1.216,19	1.216,19	1.216,19	1.177,06	14	243,82
					C	3.213,63	1.152,18	1.152,18	1.152,18	1.115,10	14	243,82
6	165	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	1.203,02	1.318,66	1.318,66	1.318,66	668,77	4	214,38
					A2	1.167,99	1.280,26	1.280,26	1.280,26	649,30	4	214,38
					B	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19	616,56	4	214,38
6	166	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	C	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19	616,56	4	214,38

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C		A1	1.125,32	1.250,35	1.250,35	1.250,35	621,01	4	303,21
					A2	1.092,55	1.213,94	1.213,94	1.213,94	602,93	4	303,21
					B	1.037,88	1.153,21	1.153,21	1.153,21	571,90	4	303,21
6	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	C		C	1.037,88	1.153,21	1.153,21	1.153,21	571,90	4	303,21
					A1	5.906,83	4.725,38	4.725,38	4.725,38	1.584,15	20	250,50
					A2	5.734,79	4.587,75	4.587,75	4.587,75	1.538,01	20	250,50
6	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	C		B	5.447,97	4.358,37	4.358,37	4.358,37	1.461,10	20	250,50
					C	5.161,31	4.128,98	4.128,98	4.128,98	1.384,21	20	250,50
					A1	3.619,05	2.895,20	2.895,20	2.895,20	1.308,43	10	239,36
6	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C		A2	3.513,65	2.810,88	2.810,88	2.810,88	1.270,33	10	239,36
					B	3.337,92	2.670,33	2.670,33	2.670,33	1.206,50	10	239,36
					C	3.232,51	2.586,01	2.586,01	2.586,01	1.168,40	10	239,36
6	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C		A1	3.863,10	1.301,13	1.301,13	1.301,13	1.225,64	15	243,81
					A2	3.750,59	1.263,24	1.263,24	1.263,24	1.189,95	15	243,81
					B	3.562,98	1.200,04	1.200,04	1.200,04	1.129,56	15	243,81
6	168	Interventi sulla bocca con CC	C		C	3.375,53	1.136,92	1.136,92	1.136,92	1.070,96	15	243,81
					A1	2.637,24	1.301,13	1.301,13	1.301,13	1.075,41	7	200,39
					A2	2.560,43	1.263,24	1.263,24	1.263,24	1.044,09	7	200,39
6	169	Interventi sulla bocca senza CC	C		B	2.432,38	1.200,04	1.200,04	1.200,04	991,80	7	200,39
					C	2.304,36	1.136,88	1.136,88	1.136,88	939,60	7	200,39
					A1	1.675,17	1.401,53	1.401,53	1.401,53	802,60	15	213,19
3	168	Interventi sulla bocca con CC	C		A2	1.626,38	1.360,71	1.360,71	1.360,71	779,23	15	213,19
					B	1.544,99	1.292,67	1.292,67	1.292,67	740,06	15	213,19
					C	1.463,74	1.224,64	1.224,64	1.224,64	701,31	15	213,19
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	C		A1	1.502,94	1.401,53	1.401,53	1.401,53	707,84	7	210,97
					A2	1.459,17	1.360,71	1.360,71	1.360,71	687,23	7	210,97
					B	1.386,15	1.292,67	1.292,67	1.292,67	652,66	7	210,97
6	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	C		C	1.386,15	1.292,67	1.292,67	1.292,67	652,66	7	210,97
					A1	9.073,91	1.625,81	1.625,81	1.625,81	1.868,42	37	262,74
					A2	8.809,63	1.578,46	1.578,46	1.578,46	1.814,00	37	262,74
6	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	C		B	8.369,12	1.499,48	1.499,48	1.499,48	1.723,30	37	262,74
					C	7.928,64	1.420,56	1.420,56	1.420,56	1.632,60	37	262,74
					A1	4.632,77	1.625,81	1.625,81	1.625,81	1.316,55	18	229,90
6	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	M		A2	4.497,84	1.578,46	1.578,46	1.578,46	1.278,21	18	229,90
					B	4.272,91	1.499,48	1.499,48	1.499,48	1.214,10	18	229,90
					C	4.048,02	1.420,56	1.420,56	1.420,56	1.150,20	18	229,90
6	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	M		A1	4.686,68	220,00	124,47	3.517,04	711,55	27	256,06
					A2	4.550,18	220,00	124,47	3.414,61	690,83	27	256,06
					B	4.322,60	220,00	124,47	3.243,82	655,50	27	256,06
					C	4.095,09	220,00	124,47	3.073,10	621,00	27	256,06

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
6	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	M		A1	2.640,71	220,00	124,47	1.981,68	507,76	18	234,35
					A2	2.563,80	220,00	124,47	1.923,97	492,98	18	234,35
					B	2.435,61	220,00	124,47	1.827,78	467,40	18	234,35
6	174	Emorragia gastrointestinale con CC	M		C	2.307,42	220,00	124,47	1.731,58	442,80	18	234,35
					A1	3.416,93	220,00	124,47	2.733,53	632,67	20	228,22
					A2	3.317,41	220,00	124,47	2.653,92	614,25	20	228,22
6	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	M		B	3.151,53	220,00	124,47	2.521,22	583,30	20	228,22
					C	2.985,66	220,00	124,47	2.388,53	552,60	20	228,22
					A1	2.153,57	220,00	124,47	1.616,12	415,54	15	207,63
6	176	Ulcera peptica complicata	M		A2	2.090,85	220,00	124,47	1.569,05	403,44	15	207,63
					B	1.986,26	220,00	124,47	1.490,56	382,86	15	207,63
					C	1.881,72	220,00	124,47	1.412,11	362,70	15	207,63
6	177	Ulcera peptica non complicata con CC	M		A1	3.327,27	220,00	124,47	2.496,89	596,87	19	231,57
					A2	3.230,36	220,00	124,47	2.424,17	579,49	19	231,57
					B	3.068,79	220,00	124,47	2.302,93	550,06	19	231,57
6	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	M		C	2.907,27	220,00	124,47	2.181,72	521,10	19	231,57
					A1	3.242,51	220,00	124,47	2.433,29	518,96	17	199,28
					A2	3.148,07	220,00	124,47	2.362,42	503,85	17	199,28
6	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	M		B	2.990,60	220,00	124,47	2.244,25	477,86	17	199,28
					C	2.833,20	220,00	124,47	2.126,13	452,70	17	199,28
					A1	2.337,00	220,00	124,47	1.753,76	394,33	14	146,95
6	180	Occlusione gastrointestinale con CC	M		A2	2.268,94	220,00	124,47	1.702,68	382,85	14	146,95
					B	2.155,46	220,00	124,47	1.617,52	362,90	14	146,95
					C	2.042,01	220,00	124,47	1.532,39	343,80	14	146,95
6	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M		A1	3.332,93	220,00	124,47	2.501,14	438,76	19	226,00
					A2	3.235,86	220,00	124,47	2.428,30	425,99	19	226,00
					B	3.074,01	220,00	124,47	2.306,84	403,76	19	226,00
6	182	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.976,94	220,00	124,47	2.234,00	391,00	19	226,00
					A1	2.926,60	220,00	124,47	2.196,20	394,52	19	231,01
					A2	2.841,36	220,00	124,47	2.132,24	383,03	19	231,01
6	183	Occlusione gastrointestinale con CC	M		B	2.699,24	220,00	124,47	2.025,59	363,86	19	231,01
					C	2.614,00	220,00	124,47	1.961,62	352,36	19	231,01
					A1	1.784,26	220,00	124,47	1.338,97	309,17	13	146,39
6	184	Occlusione gastrointestinale senza CC	M		A2	1.732,30	220,00	124,47	1.299,98	300,17	13	146,39
					B	1.645,69	220,00	124,47	1.234,99	285,00	13	146,39
					C	1.559,07	220,00	124,47	1.169,99	270,00	13	146,39
6	185	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	2.539,19	220,00	124,47	2.031,34	378,97	16	154,80
					A2	2.465,24	220,00	124,47	1.972,18	367,94	16	154,80
					B	2.341,94	220,00	124,47	1.873,54	348,66	16	154,80
6	186	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.218,68	220,00	124,47	1.774,94	330,30	16	154,80

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	987,25	220,00	124,47	93,47	303,94	13	153,20
					A2	958,50	220,00	124,47	90,75	295,09	13	153,20
					B	910,58	220,00	124,47	86,22	280,26	13	153,20
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M		A1	808,87	220,00	124,47	647,09	266,81	7	247,36
					A2	785,32	220,00	124,47	628,25	259,04	7	247,36
					B	746,04	220,00	124,47	596,83	246,06	7	247,36
3	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	M		A1	2.112,46	220,00	124,47	1.585,27	466,10	13	255,51
					A2	2.050,94	220,00	124,47	1.539,10	452,53	13	255,51
					B	1.948,36	220,00	124,47	1.462,12	429,40	13	255,51
3	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	M		A1	1.642,85	220,00	124,47	1.232,84	355,18	9	274,43
					A2	1.595,00	220,00	124,47	1.196,94	344,84	9	274,43
					B	1.515,25	220,00	124,47	1.137,10	326,80	9	274,43
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	M	potenzialmente inappropriato	C	1.435,50	220,00	124,47	1.077,25	309,60	9	274,43
					A1	798,35	220,00	124,47	638,67	561,15	9	261,19
					A2	775,10	220,00	124,47	620,07	544,81	9	261,19
6	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M		A1	3.311,55	220,00	124,47	2.485,10	518,65	21	235,47
					A2	3.215,10	220,00	124,47	2.412,72	503,55	21	235,47
					B	3.054,35	220,00	124,47	2.292,09	477,86	21	235,47
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.893,59	220,00	124,47	2.171,45	452,70	21	235,47
					A1	880,62	220,00	124,47	660,84	324,53	12	231,57
					A2	854,98	220,00	124,47	641,60	315,08	12	231,57
6	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	M		A1	812,16	220,00	124,47	609,47	299,26	12	231,57
					A2	1.683,02	220,00	124,47	1.262,99	354,13	9	262,74
					B	1.552,30	220,00	124,47	1.164,91	325,86	9	262,74
7	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	C	alta complessità	A1	1.552,30	220,00	124,47	1.164,91	325,86	9	262,74
					A2	1.634,00	220,00	124,47	1.226,21	343,82	9	262,74
					B	1.552,30	220,00	124,47	1.164,91	325,86	9	262,74
7	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	C	alta complessità	A1	14.347,19	2.660,67	2.660,67	2.660,67	3.529,69	37	286,67
					A2	13.929,32	2.583,18	2.583,18	2.583,18	3.426,89	37	286,67
					B	13.232,94	2.453,95	2.453,95	2.453,95	3.254,70	37	286,67
7	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	C	alta complessità	C	12.536,37	2.324,79	2.324,79	2.324,79	3.083,40	37	286,67
					A1	9.844,58	2.660,67	2.660,67	2.660,67	2.574,05	27	231,57
					A2	9.557,85	2.583,18	2.583,18	2.583,18	2.499,08	27	231,57
7	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	C	alta complessità	B	9.079,91	2.453,95	2.453,95	2.453,95	2.374,06	27	231,57
					C	8.602,02	2.324,79	2.324,79	2.324,79	2.249,10	27	231,57

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1g.	soglia DRG espresa in gg	Incremento pro die
7	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	A1	13.914,44	2.522,53	2.522,53	2.522,53	2.739,54	53	251,60
					A2	13.509,17	2.449,06	2.449,06	2.449,06	2.659,75	53	251,60
					B	12.833,65	2.326,55	2.326,55	2.326,55	2.526,06	53	251,60
7	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	C	12.158,19	2.204,10	2.204,10	2.204,10	2.393,10	53	251,60
					A1	9.052,27	2.522,53	2.522,53	2.522,53	2.052,49	30	251,05
					A2	8.788,62	2.449,06	2.449,06	2.449,06	1.992,71	30	251,05
7	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	B	8.349,17	2.326,55	2.326,55	2.326,55	1.892,40	30	251,05
					C	7.909,74	2.204,10	2.204,10	2.204,10	1.792,80	30	251,05
					A1	10.891,26	2.235,58	2.235,58	2.235,58	2.049,12	30	223,22
7	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A2	10.574,04	2.170,47	2.170,47	2.170,47	1.989,44	30	223,22
					B	10.045,30	2.061,88	2.061,88	2.061,88	1.889,56	30	223,22
					C	9.516,60	1.953,36	1.953,36	1.953,36	1.790,10	30	223,22
7	197	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	A1	8.247,43	2.235,58	2.235,58	2.235,58	1.823,40	25	147,51
					A2	8.007,22	2.170,47	2.170,47	2.170,47	1.770,30	25	147,51
					B	7.606,84	2.061,88	2.061,88	2.061,88	1.681,50	25	147,51
7	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	C	7.206,48	1.953,36	1.953,36	1.953,36	1.593,00	25	147,51
					A1	8.854,07	7.083,17	7.083,17	7.083,17	1.833,98	34	216,54
					A2	8.586,19	6.876,87	6.876,87	6.876,87	1.780,57	34	216,54
7	199	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	B	8.166,30	6.533,03	6.533,03	6.533,03	1.691,00	34	216,54
					C	7.736,49	6.189,19	6.189,19	6.189,19	1.602,00	34	216,54
					A1	5.451,37	4.361,09	4.361,09	4.361,09	1.424,65	14	209,86
7	200	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A2	5.292,60	4.234,07	4.234,07	4.234,07	1.383,16	14	209,86
					B	5.027,97	4.022,37	4.022,37	4.022,37	1.313,86	14	209,86
					C	4.763,34	3.810,66	3.810,66	3.810,66	1.244,70	14	209,86
7	201	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A1	7.109,47	2.463,34	2.463,34	2.463,34	1.878,27	37	179,25
					A2	6.902,40	2.391,60	2.391,60	2.391,60	1.823,57	37	179,25
					B	6.557,28	2.272,02	2.272,02	2.272,02	1.731,86	37	179,25
7	202	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	C	6.350,21	2.200,27	2.200,27	2.200,27	1.677,16	37	179,25
					A1	7.760,76	2.366,26	2.366,26	2.366,26	1.706,82	26	302,27
					A2	7.534,72	2.297,34	2.297,34	2.297,34	1.657,11	26	302,27
7	203	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	B	7.157,97	2.182,44	2.182,44	2.182,44	1.574,16	26	302,27
					C	6.781,25	2.067,61	2.067,61	2.067,61	1.491,40	26	302,27
					A1	8.842,72	3.499,77	3.499,77	3.499,77	2.462,67	29	348,46
7	204	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A2	8.585,17	3.397,84	3.397,84	3.397,84	2.390,95	29	348,46
					B	8.155,85	3.227,91	3.227,91	3.227,91	2.270,50	29	348,46
					C	7.726,59	3.058,02	3.058,02	3.058,02	2.151,00	29	348,46
7	205	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A1	4.133,60	2.200,00	2.200,00	2.200,00	681,32	21	267,75
					A2	4.013,21	2.200,00	2.200,00	2.200,00	661,48	21	267,75
					B	3.812,54	2.200,00	2.200,00	2.200,00	627,96	21	267,75
7	206	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	C	3.692,14	2.200,00	2.200,00	2.200,00	608,12	21	267,75

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
7	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M		A1	4.207,07	220,00	124,47	3.157,12	707,80	26	236,02
					A2	4.084,54	220,00	124,47	3.065,17	687,19	26	236,02
					B	3.880,28	220,00	124,47	2.911,89	652,66	26	236,02
7	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M		C	3.676,05	220,00	124,47	2.758,63	618,30	26	236,02
					A1	3.290,74	220,00	124,47	2.469,48	407,91	20	219,32
					A2	3.194,90	220,00	124,47	2.397,56	396,03	20	219,32
7	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	M		B	3.035,16	220,00	124,47	2.277,68	376,20	20	219,32
					C	2.939,31	220,00	124,47	2.205,76	364,32	20	219,32
					A1	3.872,48	220,00	124,47	2.906,03	512,56	25	261,07
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	M		A2	3.759,69	220,00	124,47	2.821,39	497,64	25	261,07
					B	3.571,62	220,00	124,47	2.680,27	472,16	25	261,07
					C	3.458,83	220,00	124,47	2.595,63	457,24	25	261,07
7	207	Malattie delle vie biliari con CC	M		A1	1.449,66	220,00	124,47	1.087,87	334,21	16	234,91
					A2	1.407,44	220,00	124,47	1.056,19	324,48	16	234,91
					B	1.337,03	220,00	124,47	1.003,36	307,80	16	234,91
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M		C	1.337,03	220,00	124,47	1.003,36	307,80	16	234,91
					A1	3.844,97	220,00	124,47	3.075,97	605,18	22	206,56
					A2	3.732,99	220,00	124,47	2.986,38	587,56	22	206,56
7	209	Malattie delle vie biliari con CC	M		B	3.546,26	220,00	124,47	2.837,00	557,66	22	206,56
					C	3.359,61	220,00	124,47	2.687,69	528,30	22	206,56
					A1	1.205,96	220,00	124,47	964,75	401,70	15	161,18
7	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C		A2	1.170,84	220,00	124,47	936,66	390,00	15	161,18
					B	1.112,26	220,00	124,47	889,80	370,50	15	161,18
					C	1.112,26	220,00	124,47	889,80	370,50	15	161,18
8	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C		A1	7.127,71	5.702,17	5.702,17	5.702,17	1.984,23	28	193,16
					A2	6.920,11	5.536,09	5.536,09	5.536,09	1.926,44	28	193,16
					B	6.574,10	5.259,28	5.259,28	5.259,28	1.829,70	28	193,16
8	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	C		C	6.228,09	4.982,48	4.982,48	4.982,48	1.733,40	28	193,16
					A1	6.228,16	2.111,83	2.111,83	2.111,83	1.739,87	25	190,93
					A2	6.099,19	2.050,33	2.050,33	2.050,33	1.689,20	25	190,93
8	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C		B	5.794,15	1.947,79	1.947,79	1.947,79	1.604,56	25	190,93
					C	5.489,19	1.845,27	1.845,27	1.845,27	1.520,10	25	190,93
					A1	5.641,31	2.031,73	2.031,73	2.031,73	1.668,08	18	293,36
8	214	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	C		A2	5.477,00	1.972,56	1.972,56	1.972,56	1.619,50	18	293,36
					B	5.203,15	1.873,88	1.873,88	1.873,88	1.538,06	18	293,36
					C	4.929,30	1.775,25	1.775,25	1.775,25	1.457,10	18	293,36
8	215	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C		A1	6.807,50	2.073,03	2.073,03	2.073,03	1.590,10	30	170,89
					A2	6.609,23	2.012,66	2.012,66	2.012,66	1.543,79	30	170,89
					B	6.278,74	1.911,97	1.911,97	1.911,97	1.465,86	30	170,89
8	216	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C		C	5.948,28	1.811,34	1.811,34	1.811,34	1.388,70	30	170,89

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione		Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die	
8	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	A1	5.121,65	2.396,94	2.396,94	2.396,94	1.876,39	24	334,55	
				A2	4.972,48	2.327,13	2.327,13	2.327,13	1.821,74	24	334,55	
				B	4.723,78	2.210,75	2.210,75	2.210,75	1.729,96	24	334,55	
8	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	alta complessità	A1	7.908,14	3.174,14	3.174,14	3.174,14	2.489,08	23	274,43
					A2	7.677,81	3.081,69	3.081,69	3.081,69	2.416,59	23	274,43
					B	7.293,91	2.927,52	2.927,52	2.927,52	2.295,20	23	274,43
8	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	C	A1	6.886,08	1.944,09	1.944,09	1.944,09	2.071,70	22	199,84	
				A2	6.685,52	1.887,47	1.887,47	1.887,47	2.011,36	22	199,84	
				B	6.351,23	1.793,03	1.793,03	1.793,03	1.910,46	22	199,84	
8	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	A1	4.537,45	1.944,09	1.944,09	1.944,09	1.618,92	15	189,26	
				A2	4.405,30	1.887,47	1.887,47	1.887,47	1.571,77	15	189,26	
				B	4.186,04	1.793,03	1.793,03	1.793,03	1.492,46	15	189,26	
8	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	A1	3.964,77	1.698,66	1.698,66	1.698,66	1.413,90	15	189,26	
				A2	3.884,20	1.636,52	1.636,52	1.636,52	1.122,94	8	219,88	
				B	3.285,64	1.297,60	1.297,60	1.297,60	1.090,24	8	219,88	
8	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	C	A1	3.121,32	1.167,84	1.167,84	1.167,84	1.035,50	8	219,88	
				A2	2.957,04	1.167,84	1.167,84	1.167,84	981,00	8	219,88	
				B	3.132,73	1.945,95	1.945,95	1.945,95	1.627,88	4	212,08	
8	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	A1	3.041,49	1.889,28	1.889,28	1.889,28	1.580,47	4	212,08	
				A2	2.889,33	1.794,74	1.794,74	1.794,74	1.501,00	4	212,08	
				B	2.737,26	1.700,28	1.700,28	1.700,28	1.422,00	4	212,08	
8	225	Interventi sui tessuti molli con CC	C	A1	4.522,93	1.637,26	1.637,26	1.637,26	1.369,45	4	202,06	
				A2	4.391,20	1.589,58	1.589,58	1.589,58	1.329,57	4	202,06	
				B	4.171,64	1.510,03	1.510,03	1.510,03	1.262,56	4	202,06	
8	226	Interventi sui tessuti molli con CC	C	A1	3.512,96	1.430,55	1.430,55	1.430,55	1.196,10	4	202,06	
				A2	2.841,51	2.273,16	2.273,16	2.273,16	1.430,09	4	244,93	
				B	2.758,75	2.206,96	2.206,96	2.206,96	1.388,44	4	244,93	
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	A1	2.620,77	2.096,61	2.096,61	2.096,61	2.096,61	4	244,93	
				A2	2.492,83	1.986,26	1.986,26	1.986,26	1.986,26	4	244,93	
				B	4.906,65	1.811,69	1.811,69	1.811,69	1.401,53	28	219,88	
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	A1	4.763,74	1.758,93	1.758,93	1.758,93	1.360,71	28	219,88	
				A2	4.525,52	1.670,96	1.670,96	1.670,96	1.292,00	28	219,88	
				B	4.287,33	1.583,01	1.583,01	1.583,01	1.224,00	28	219,88	
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	A1	1.601,61	1.544,21	1.544,21	1.544,21	776,40	7	218,20	
				A2	1.554,97	1.499,24	1.499,24	1.499,24	753,79	7	218,20	
				B	1.477,16	1.424,24	1.424,24	1.424,24	715,36	7	218,20	
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	A1	1.477,16	1.424,24	1.424,24	1.424,24	715,36	7	218,20	
				A2	1.477,16	1.424,24	1.424,24	1.424,24	715,36	7	218,20	
				B	1.477,16	1.424,24	1.424,24	1.424,24	715,36	7	218,20	

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	C		A1	1.819,80	1.737,04	1.737,04	1.737,04	872,19	4	249,95
					A2	1.766,80	1.686,45	1.686,45	1.686,45	846,79	4	249,95
					B	1.678,46	1.602,08	1.602,08	1.602,08	803,70	4	249,95
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C		C	1.678,46	1.602,08	1.602,08	1.602,08	803,70	4	249,95
					A1	1.304,28	1.334,66	1.334,66	1.334,66	677,15	4	210,41
					A2	1.266,30	1.295,79	1.295,79	1.295,79	657,43	4	210,41
8	230	Esossione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	C		B	1.202,99	1.230,92	1.230,92	1.230,92	624,16	4	210,41
					C	1.202,99	1.230,92	1.230,92	1.230,92	624,16	4	210,41
					A1	3.125,28	1.702,22	1.702,22	1.702,22	1.365,95	9	161,98
8	230	Esossione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	C		A2	3.034,26	1.652,65	1.652,65	1.652,65	1.326,17	9	161,98
					B	2.882,49	1.569,97	1.569,97	1.569,97	1.259,70	9	161,98
					C	2.730,78	1.487,34	1.487,34	1.487,34	1.193,40	9	161,98
8	232	Artroscopia	C	potenzialmente inappropriato	A1	1.401,69	1.557,44	1.557,44	1.557,44	876,11	4	200,55
					A2	1.360,87	1.512,08	1.512,08	1.512,08	850,60	4	200,55
					B	1.292,76	1.436,40	1.436,40	1.436,40	807,50	4	200,55
8	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	C		C	1.292,76	1.436,40	1.436,40	1.436,40	807,50	4	200,55
					A1	7.406,70	2.364,88	2.364,88	2.364,88	2.085,76	34	271,65
					A2	7.190,98	2.296,00	2.296,00	2.296,00	2.025,01	34	271,65
8	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C		B	6.831,36	2.181,20	2.181,20	2.181,20	1.923,76	34	271,65
					C	6.471,81	2.066,40	2.066,40	2.066,40	1.822,50	34	271,65
					A1	4.767,71	2.364,88	2.364,88	2.364,88	1.960,24	12	220,98
8	235	Fratture del femore	M		A2	4.628,85	2.296,00	2.296,00	2.296,00	1.903,15	12	220,98
					B	4.397,36	2.181,20	2.181,20	2.181,20	1.807,86	12	220,98
					C	4.166,92	2.066,40	2.066,40	2.066,40	1.712,70	12	220,98
8	236	Fratture dell'anca e della pelvi	M		A1	2.044,49	220,00	124,47	1.534,25	356,12	15	268,31
					A2	1.984,95	220,00	124,47	1.489,57	345,75	15	268,31
					B	1.885,66	220,00	124,47	1.415,06	327,76	15	268,31
8	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	M		C	1.885,66	220,00	124,47	1.415,06	327,76	15	268,31
					A1	2.346,72	220,00	124,47	1.781,05	346,75	18	282,78
					A2	2.278,37	220,00	124,47	1.709,76	336,66	18	282,78
8	238	Osteomielite	M		B	2.164,39	220,00	124,47	1.624,23	319,20	18	282,78
					C	2.164,39	220,00	124,47	1.624,23	319,20	18	282,78
					A1	2.044,62	220,00	124,47	1.534,36	310,92	12	221,55
8	238	Osteomielite	M		A2	1.985,07	220,00	124,47	1.489,67	301,87	12	221,55
					B	1.885,75	220,00	124,47	1.415,14	285,96	12	221,55
					C	1.786,50	220,00	124,47	1.340,66	270,90	12	221,55
8	238	Osteomielite	M		A1	5.539,58	220,00	124,47	4.157,09	532,11	33	152,52
					A2	5.378,24	220,00	124,47	4.036,01	516,62	33	152,52
					B	5.109,29	220,00	124,47	3.834,18	490,20	33	152,52
					C	4.840,38	220,00	124,47	3.632,38	464,40	33	152,52

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
8	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	M		A1	3.758,48	220,00	124,47	2.820,47	450,41	26	257,18
					A2	3.649,01	220,00	124,47	2.738,33	437,30	26	257,18
					B	3.466,55	220,00	124,47	2.601,41	415,16	26	257,18
8	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	M		C	3.284,10	220,00	124,47	2.464,50	393,30	26	257,18
					A1	4.271,48	220,00	124,47	3.205,46	795,13	24	186,48
					A2	4.147,07	220,00	124,47	3.112,10	771,98	24	186,48
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	3.939,65	220,00	124,47	2.956,45	732,46	24	186,48
					C	3.732,30	220,00	124,47	2.800,85	693,90	24	186,48
					A1	1.541,52	220,00	124,47	1.156,82	412,44	16	153,63
8	242	Artrite settica	M		A2	1.496,63	220,00	124,47	1.123,13	400,43	16	153,63
					B	1.421,77	220,00	124,47	1.066,95	380,00	16	153,63
					C	1.421,77	220,00	124,47	1.066,95	380,00	16	153,63
8	243	Afezioni mediche del dorso	M	potenzialmente inappropriato	A1	3.989,67	220,00	124,47	2.993,97	445,75	27	166,43
					A2	3.873,47	220,00	124,47	2.906,77	432,77	27	166,43
					B	3.679,73	220,00	124,47	2.761,39	410,40	27	166,43
8	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	3.486,06	220,00	124,47	2.616,05	388,80	27	166,43
					A1	1.234,99	220,00	124,47	987,97	345,19	13	135,65
					A2	1.199,02	220,00	124,47	959,20	335,14	13	135,65
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	1.139,05	220,00	124,47	911,23	318,26	13	135,65
					C	1.139,05	220,00	124,47	911,23	318,26	13	135,65
					A1	2.639,79	220,00	124,47	2.111,83	355,25	20	140,81
8	246	Artropatie non specifiche	M		A2	2.562,91	220,00	124,47	2.050,33	344,91	20	140,81
					B	2.434,76	220,00	124,47	1.947,81	326,80	20	140,81
					C	2.306,61	220,00	124,47	1.845,29	309,60	20	140,81
8	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M		A1	1.068,94	220,00	124,47	855,14	317,51	15	106,39
					A2	1.037,81	220,00	124,47	830,24	308,27	15	106,39
					B	985,91	220,00	124,47	788,73	292,60	15	106,39
8	248	Tendinite, miosite e borsite	M	potenzialmente inappropriato	C	985,91	220,00	124,47	788,73	292,60	15	106,39
					A1	2.169,42	220,00	124,47	1.628,01	311,38	13	132,47
					A2	2.106,24	220,00	124,47	1.580,60	302,32	13	132,47
8	249	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M		B	2.000,89	220,00	124,47	1.501,54	286,90	13	132,47
					C	1.895,58	220,00	124,47	1.422,51	271,80	13	132,47
					A1	1.797,84	220,00	124,47	1.349,16	331,28	15	154,19
8	249	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M		A2	1.745,48	220,00	124,47	1.309,87	321,64	15	154,19
					B	1.658,13	220,00	124,47	1.244,32	304,96	15	154,19
					C	1.605,77	220,00	124,47	1.205,03	295,32	15	154,19
8	249	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M		A1	1.212,89	220,00	124,47	910,19	313,60	21	224,34
					A2	1.177,57	220,00	124,47	883,68	304,47	21	224,34
					B	1.118,63	220,00	124,47	839,45	288,80	21	224,34
8	249	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M		C	1.118,63	220,00	124,47	839,45	288,80	21	224,34

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 gg. o Traslento altro ospedale 1 gg.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.245,31	220,00	124,47	934,51	455,30	20	240,47
					A2	1.209,04	220,00	124,47	907,30	442,04	20	240,47
					B	1.148,55	220,00	124,47	861,91	419,90	20	240,47
8	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	M		A1	2.546,08	220,00	124,47	1.910,67	379,30	16	187,03
					A2	2.471,93	220,00	124,47	1.855,02	368,26	16	187,03
					B	2.348,31	220,00	124,47	1.762,25	349,60	16	187,03
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	C	2.224,71	220,00	124,47	1.669,50	331,20	16	187,03
					A1	775,77	220,00	124,47	582,15	331,74	9	176,45
					A2	753,18	220,00	124,47	565,20	322,08	9	176,45
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	M		B	715,45	220,00	124,47	536,89	305,90	9	176,45
					C	715,45	220,00	124,47	536,89	305,90	9	176,45
					A1	563,10	220,00	124,47	422,56	349,46	4	257,73
8	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	M		A2	546,70	220,00	124,47	410,26	339,29	4	257,73
					B	519,37	220,00	124,47	389,75	322,06	4	257,73
					C	519,37	220,00	124,47	389,75	322,06	4	257,73
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	2.501,35	220,00	124,47	1.877,10	384,09	20	210,41
					A2	2.428,80	220,00	124,47	1.822,43	382,62	20	210,41
					B	2.307,08	220,00	124,47	1.731,31	362,90	20	210,41
8	255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	M		C	2.185,65	220,00	124,47	1.640,19	343,80	20	210,41
					A1	796,36	220,00	124,47	597,61	305,68	12	155,86
					A2	773,17	220,00	124,47	580,21	296,78	12	155,86
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	potenzialmente inappropriato	B	734,45	220,00	124,47	551,15	281,20	12	155,86
					C	734,45	220,00	124,47	551,15	281,20	12	155,86
					A1	1.448,18	220,00	124,47	1.086,76	309,49	7	222,10
8	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	C		A2	1.406,00	220,00	124,47	1.055,11	300,48	7	222,10
					B	1.335,70	220,00	124,47	1.002,36	285,00	7	222,10
					C	1.265,40	220,00	124,47	949,60	270,00	7	222,10
8	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C		A1	968,52	220,00	124,47	774,81	457,94	12	180,86
					A2	940,32	220,00	124,47	752,25	444,61	12	180,86
					B	893,29	220,00	124,47	714,63	421,80	12	180,86
9	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	C		C	893,29	220,00	124,47	714,63	421,80	12	180,86
					A1	4.066,74	1.824,05	1.824,05	1.824,05	1.464,20	12	214,31
					A2	3.948,30	1.770,93	1.770,93	1.770,93	1.421,56	12	214,31
9	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C		B	3.750,89	1.682,36	1.682,36	1.682,36	1.349,96	12	214,31
					C	3.553,47	1.593,81	1.593,81	1.593,81	1.278,90	12	214,31
					A1	3.441,71	1.824,05	1.824,05	1.824,05	1.504,42	9	204,85
9	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C		A2	3.341,47	1.770,93	1.770,93	1.770,93	1.460,61	9	204,85
					B	3.174,33	1.682,36	1.682,36	1.682,36	1.387,00	9	204,85
					C	3.007,26	1.593,81	1.593,81	1.593,81	1.314,00	9	204,85

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
9	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	C		A1	2.798,00	1.402,88	1.402,88	1.402,88	1.146,40	7	195,38
					A2	2.716,51	1.362,02	1.362,02	1.362,02	1.113,01	7	195,38
					B	2.580,68	1.293,90	1.293,90	1.293,90	1.057,36	7	195,38
9	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C		C	2.580,68	1.293,90	1.293,90	1.293,90	1.057,36	7	195,38
					A1	2.424,75	1.402,88	1.402,88	1.402,88	1.208,73	4	169,77
					A2	2.354,13	1.362,02	1.362,02	1.362,02	1.173,53	4	169,77
9	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C		B	2.236,40	1.293,90	1.293,90	1.293,90	1.114,36	4	169,77
					C	2.118,69	1.225,80	1.225,80	1.225,80	1.055,70	4	169,77
					A1	3.819,93	2.018,98	2.018,98	2.018,98	1.679,02	7	249,38
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	potenzialmente inappropriato	A2	3.708,67	1.960,18	1.960,18	1.960,18	1.630,12	7	249,38
					B	3.523,17	1.862,10	1.862,10	1.862,10	1.548,50	7	249,38
					C	3.337,74	1.764,09	1.764,09	1.764,09	1.467,00	7	249,38
9	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	C		A1	1.100,69	1.196,92	1.196,92	1.196,92	584,83	2	253,74
					A2	1.068,64	1.162,06	1.162,06	1.162,06	567,80	2	253,74
					B	1.015,17	1.103,90	1.103,90	1.103,90	538,66	2	253,74
9	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	C		C	1.015,17	1.103,90	1.103,90	1.103,90	538,66	2	253,74
					A1	7.319,80	1.304,38	1.304,38	1.304,38	1.370,18	35	140,83
					A2	7.106,61	1.266,39	1.266,39	1.266,39	1.330,28	35	140,83
9	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	C		B	6.751,27	1.202,99	1.202,99	1.202,99	1.263,50	35	140,83
					C	6.751,27	1.202,99	1.202,99	1.202,99	1.263,50	35	140,83
					A1	4.381,89	1.304,38	1.304,38	1.304,38	950,87	19	128,02
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C		A2	4.254,27	1.266,39	1.266,39	1.266,39	923,18	19	128,02
					B	4.041,49	1.202,99	1.202,99	1.202,99	876,86	19	128,02
					C	3.828,78	1.139,67	1.139,67	1.139,67	830,70	19	128,02
9	267	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	C		A1	4.254,33	1.784,79	1.784,79	1.784,79	1.705,74	17	228,22
					A2	4.130,42	1.732,81	1.732,81	1.732,81	1.656,06	17	228,22
					B	3.923,88	1.646,16	1.646,16	1.646,16	1.573,20	17	228,22
9	268	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C		C	3.799,97	1.594,18	1.594,18	1.594,18	1.523,52	17	228,22
					A1	1.670,89	1.784,79	1.784,79	1.784,79	904,30	4	177,01
					A2	1.622,23	1.732,81	1.732,81	1.732,81	877,97	4	177,01
9	269	Interventi periferici e pilonidali	C	potenzialmente inappropriato	B	1.541,09	1.646,16	1.646,16	1.646,16	833,16	4	177,01
					C	1.541,09	1.646,16	1.646,16	1.646,16	833,16	4	177,01
					A1	1.634,41	898,55	898,55	898,55	744,73	4	231,40
9	288	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C		A2	1.586,81	872,38	872,38	872,38	723,04	4	231,40
					B	1.507,46	828,69	828,69	828,69	686,86	4	231,40
					C	1.459,86	802,52	802,52	802,52	665,16	4	231,40
9	288	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C		A1	2.227,56	2.220,99	2.220,99	2.220,99	1.119,46	7	228,22
					A2	2.205,40	2.156,31	2.156,31	2.156,31	1.086,86	7	228,22
					B	2.095,13	2.048,49	2.048,49	2.048,49	1.031,70	7	228,22
					C	2.028,97	1.983,80	1.983,80	1.983,80	999,12	7	228,22

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
9	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	6.054,75	1.131,74	1.131,74	1.131,74	1.240,30	30	266,28
					A2	5.878,48	1.098,78	1.098,78	1.098,78	1.204,18	30	266,28
					B	5.584,48	1.043,77	1.043,77	1.043,77	1.143,80	30	266,28
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	potenzialmente inappropriato	C	5.290,56	988,83	988,83	988,83	1.083,60	30	266,28
					A1	1.262,02	1.262,02	1.262,02	1.262,02	551,47	12	220,23
					A2	1.225,27	1.225,27	1.225,27	1.225,27	535,41	12	220,23
9	271	Ulcere della pelle	M		B	1.225,20	1.225,00	1.225,00	1.225,00	508,26	12	220,23
					C	1.225,20	1.225,00	1.225,00	1.225,00	508,26	12	220,23
					A1	4.418,36	220,00	124,47	3.315,68	507,53	22	195,94
9	272	Malattie maggiori della pelle con CC	M		A2	4.289,67	220,00	124,47	3.219,11	492,75	22	195,94
					B	4.075,12	220,00	124,47	3.058,11	467,40	22	195,94
					C	3.860,64	220,00	124,47	2.897,16	442,80	22	195,94
9	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	M		A1	3.317,57	220,00	124,47	2.489,61	353,66	22	243,81
					A2	3.220,95	220,00	124,47	2.417,10	343,36	22	243,81
					B	3.059,86	220,00	124,47	2.296,21	325,86	22	243,81
9	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	M		C	2.963,23	220,00	124,47	2.223,70	315,56	22	243,81
					A1	2.250,25	220,00	124,47	1.688,67	265,18	16	217,64
					A2	2.184,71	220,00	124,47	1.639,49	257,46	16	217,64
9	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	M		B	2.075,47	220,00	124,47	1.557,51	244,16	16	217,64
					C	1.986,23	220,00	124,47	1.475,54	231,30	16	217,64
					A1	4.102,33	220,00	124,47	3.078,51	410,53	29	207,08
9	276	Patologie non maligne della mammella	M	potenzialmente inappropriato	A2	3.982,85	220,00	124,47	2.988,85	398,58	29	207,08
					B	3.783,66	220,00	124,47	2.839,38	378,10	29	207,08
					C	3.584,52	220,00	124,47	2.689,94	358,20	29	207,08
9	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	M		A1	2.279,10	220,00	124,47	1.710,31	297,23	15	172,55
					A2	2.212,72	220,00	124,47	1.660,50	288,58	15	172,55
					B	2.102,07	220,00	124,47	1.577,46	273,60	15	172,55
9	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	M		C	1.991,43	220,00	124,47	1.494,44	259,20	15	172,55
					A1	853,04	220,00	124,47	682,41	306,11	18	217,04
					A2	828,20	220,00	124,47	662,54	297,20	18	217,04
9	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	M		B	786,79	220,00	124,47	629,42	282,16	18	217,04
					C	745,38	220,00	124,47	596,29	267,30	18	217,04
					A1	3.453,92	220,00	124,47	2.591,95	370,02	20	142,50
9	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	M		A2	3.353,33	220,00	124,47	2.516,46	359,25	20	142,50
					B	3.185,64	220,00	124,47	2.390,62	341,06	20	142,50
					C	3.017,97	220,00	124,47	2.264,80	323,10	20	142,50
9	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	M		A1	2.152,96	220,00	124,47	1.615,66	309,41	16	140,83
					A2	2.090,26	220,00	124,47	1.568,61	300,40	16	140,83
					B	1.985,69	220,00	124,47	1.490,14	285,00	16	140,83
					C	1.881,18	220,00	124,47	1.411,71	270,00	16	140,83

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
9	279	Cellulite, età < 18 anni	M		A1	1.687,00	220,00	124,47	1.265,98	278,75	10	266,07
					A2	1.637,87	220,00	124,47	1.229,11	270,64	10	266,07
					B	1.555,91	220,00	124,47	1.167,61	256,50	10	266,07
9	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente inappropriato	C	1.474,08	220,00	124,47	1.106,20	243,58	10	266,07
					A1	2.873,63	220,00	124,47	2.298,88	396,78	18	283,81
					A2	2.789,94	220,00	124,47	2.231,93	385,23	18	283,81
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	2.650,41	220,00	124,47	2.120,31	365,76	18	283,81
					C	2.510,91	220,00	124,47	2.008,72	346,50	18	283,81
					A1	927,51	220,00	124,47	742,00	433,27	12	266,51
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	M		A2	900,50	220,00	124,47	720,39	420,66	12	266,51
					B	855,48	220,00	124,47	684,37	399,00	12	266,51
					C	855,48	220,00	124,47	684,37	399,00	12	266,51
9	283	Malattie minori della pelle con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	861,67	220,00	124,47	689,33	430,02	4	238,85
					A2	836,58	220,00	124,47	669,26	417,50	4	238,85
					B	794,68	220,00	124,47	635,74	396,16	4	238,85
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	M	potenzialmente inappropriato	C	794,68	220,00	124,47	635,74	396,16	4	238,85
					A1	1.547,88	220,00	124,47	1.238,30	304,20	19	151,07
					A2	1.502,80	220,00	124,47	1.202,24	295,34	19	151,07
9	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	C	alta complessità	B	1.421,66	220,00	124,47	1.142,13	280,26	19	151,07
					C	1.382,58	220,00	124,47	1.106,06	271,40	19	151,07
					A1	749,60	220,00	124,47	599,67	245,04	12	216,50
9	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	alta complessità	A2	727,77	220,00	124,47	582,21	237,91	12	216,50
					B	691,32	220,00	124,47	553,05	225,16	12	216,50
					C	691,32	220,00	124,47	553,05	225,16	12	216,50
10	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	C	alta complessità	A1	7.929,08	2.389,10	2.389,10	2.389,10	1.615,71	33	140,27
					A2	7.698,14	2.319,52	2.319,52	2.319,52	1.568,66	33	140,27
					B	7.313,20	2.203,53	2.203,53	2.203,53	1.489,60	33	140,27
10	288	Interventi per obesità	C	alta complessità	C	6.928,33	2.087,57	2.087,57	2.087,57	1.411,79	33	140,27
					A1	7.925,92	2.178,69	2.178,69	2.178,69	2.108,10	12	278,33
					A2	7.695,07	2.115,24	2.115,24	2.115,24	2.046,70	12	278,33
10	289	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	alta complessità	B	7.310,25	2.009,44	2.009,44	2.009,44	1.943,70	12	278,33
					C	6.925,50	1.903,68	1.903,68	1.903,68	1.841,40	12	278,33
					A1	4.913,11	1.858,08	1.858,08	1.858,08	1.308,86	18	182,03
10	290	Interventi per obesità	C	alta complessità	A2	4.770,01	1.803,97	1.803,97	1.803,97	1.270,74	18	182,03
					B	4.531,50	1.713,71	1.713,71	1.713,71	1.206,50	18	182,03
					C	4.531,50	1.713,71	1.713,71	1.713,71	1.206,50	18	182,03
10	291	Interventi per obesità	C	alta complessità	A1	5.851,70	2.593,82	2.593,82	2.593,82	2.151,79	12	195,94
					A2	5.681,27	2.518,28	2.518,28	2.518,28	2.089,12	12	195,94
					B	5.397,14	2.392,29	2.392,29	2.392,29	1.984,56	12	195,94
10	292	Interventi per obesità	C	alta complessità	C	5.397,14	2.392,29	2.392,29	2.392,29	1.984,56	12	195,94

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione		Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
10	289	Interventi sulle paratiroidi	C	A1	3.013,62	1.410,54	1.410,54	1.410,54	1.164,17	7	252,16
				A2	2.925,85	1.369,46	1.369,46	1.369,46	1.130,27	7	252,16
				B	2.779,51	1.300,93	1.300,93	1.300,93	1.073,50	7	252,16
10	290	Interventi sulla tiroide	C	C	2.779,51	1.300,93	1.300,93	1.300,93	1.073,50	7	252,16
				A1	3.440,23	1.707,60	1.707,60	1.707,60	1.414,33	4	177,57
				A2	3.340,03	1.657,87	1.657,87	1.657,87	1.373,14	4	177,57
10	291	Interventi sul dotto tiroglossico	C	B	3.173,00	1.574,91	1.574,91	1.574,91	1.304,36	4	177,57
				C	3.006,00	1.492,02	1.492,02	1.492,02	1.235,70	4	177,57
				A1	2.649,95	1.388,54	1.388,54	1.388,54	1.154,30	4	215,99
10	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	C	A2	2.572,77	1.348,10	1.348,10	1.348,10	1.120,68	4	215,99
				B	2.444,07	1.280,70	1.280,70	1.280,70	1.064,00	4	215,99
				C	2.315,43	1.213,29	1.213,29	1.213,29	1.008,00	4	215,99
10	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	C	A1	8.197,33	1.942,45	1.942,45	1.942,45	2.245,98	20	365,17
				A2	7.956,58	1.885,88	1.885,88	1.885,88	2.180,57	20	365,17
				B	7.560,58	1.791,51	1.791,51	1.791,51	2.071,00	20	365,17
10	294	Diabete, età > 35 anni	M	C	7.162,72	1.697,29	1.697,29	1.697,29	1.962,51	20	365,17
				A1	5.466,88	1.942,45	1.942,45	1.942,45	1.569,79	14	138,60
				A2	5.307,66	1.885,88	1.885,88	1.885,88	1.524,07	14	138,60
10	295	Diabete, età < 36 anni	M	B	5.042,22	1.791,51	1.791,51	1.791,51	1.447,80	14	138,60
				C	4.776,84	1.697,22	1.697,22	1.697,22	1.371,60	14	138,60
				A1	1.433,22	220,00	124,47	117,99	402,10	16	140,43
10	296	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	M	A2	1.391,48	220,00	124,47	114,56	390,39	16	140,43
				B	1.321,83	220,00	124,47	108,83	370,50	16	140,43
				C	1.321,83	220,00	124,47	108,83	370,50	16	140,43
10	297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	M	A1	1.196,50	220,00	124,47	897,90	289,98	15	278,89
				A2	1.161,66	220,00	124,47	871,75	281,54	15	278,89
				B	1.103,52	220,00	124,47	828,12	266,96	15	278,89
10	298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	C	1.103,52	220,00	124,47	828,12	266,96	15	278,89
				A1	2.883,87	220,00	124,47	2.164,15	376,55	17	243,81
				A2	2.799,88	220,00	124,47	2.101,12	365,59	17	243,81
10	299	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	M	B	2.659,81	220,00	124,47	1.996,01	346,76	17	243,81
				C	2.575,82	220,00	124,47	1.932,98	335,80	17	243,81
				A1	1.810,56	220,00	124,47	1.358,71	280,73	14	218,20
10	300	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	M	A2	1.757,83	220,00	124,47	1.319,14	272,56	14	218,20
				B	1.669,91	220,00	124,47	1.253,16	258,40	14	218,20
				C	1.582,02	220,00	124,47	1.187,21	244,80	14	218,20
10	301	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	A1	1.225,53	220,00	124,47	919,68	244,44	7	218,77
				A2	1.189,84	220,00	124,47	892,90	237,33	7	218,77
				B	1.130,31	220,00	124,47	848,23	225,16	7	218,77
10	302	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	C	1.130,31	220,00	124,47	848,23	225,16	7	218,77
				A1	1.130,31	220,00	124,47	848,23	225,16	7	218,77
				C	1.130,31	220,00	124,47	848,23	225,16	7	218,77

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
10	299	Defetti congeniti del metabolismo	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.654,33	220,00	124,47	1.241,46	450,55	13	248,82
					A2	1.606,15	220,00	124,47	1.205,31	437,43	13	248,82
					B	1.525,80	220,00	124,47	1.145,01	415,16	13	248,82
10	300	Malattie endocrine con CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	3.436,87	220,00	124,47	2.749,49	433,16	20	244,91
					A2	3.336,77	220,00	124,47	2.669,41	420,55	20	244,91
					B	3.169,87	220,00	124,47	2.535,89	399,00	20	244,91
10	301	Malattie endocrine senza CC	M	potenzialmente inappropriato	C	3.003,03	220,00	124,47	2.402,42	378,00	20	244,91
					A1	928,38	220,00	124,47	742,70	327,26	13	160,12
					A2	901,34	220,00	124,47	721,07	317,73	13	160,12
10	302	Trapianto renale	C	alta complessità	B	856,24	220,00	124,47	684,99	301,16	13	160,12
					C	856,24	220,00	124,47	684,99	301,16	13	160,12
					A1	34.157,13	0,00	0,00	0,00	0,00	40	789,53
11	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	C	alta complessità	A2	33.162,27	0,00	0,00	0,00	0,00	40	0,00
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40	0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40	0,00
11	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	C	alta complessità	A1	7.607,20	2.365,12	2.365,12	2.365,12	2.294,25	16	196,50
					A2	7.385,64	2.296,24	2.296,24	2.296,24	2.227,43	16	196,50
					B	7.016,32	2.181,39	2.181,39	2.181,39	2.115,66	16	196,50
11	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	alta complessità	C	6.647,04	2.066,58	2.066,58	2.066,58	2.004,30	16	196,50
					A1	7.351,47	1.913,21	1.913,21	1.913,21	2.085,11	26	242,70
					A2	7.137,35	1.857,49	1.857,49	1.857,49	2.024,38	26	242,70
11	306	Prostatectomia con CC	C	alta complessità	B	6.780,44	1.764,53	1.764,53	1.764,53	1.922,80	26	242,70
					C	6.566,32	1.708,81	1.708,81	1.708,81	1.862,08	26	242,70
					A1	5.101,13	1.913,21	1.913,21	1.913,21	1.577,20	16	236,58
11	307	Prostatectomia senza CC	C	alta complessità	A2	4.952,56	1.857,49	1.857,49	1.857,49	1.531,27	16	236,58
					B	4.704,88	1.764,53	1.764,53	1.764,53	1.454,46	16	236,58
					C	4.457,25	1.671,66	1.671,66	1.671,66	1.377,90	16	236,58
11	308	Interventi minori sulla vescica con CC	C	alta complessità	A1	4.356,59	1.154,52	1.154,52	1.154,52	1.159,78	11	234,91
					A2	4.229,70	1.120,90	1.120,90	1.120,90	1.126,00	11	234,91
					B	4.018,22	1.064,86	1.064,86	1.064,86	1.069,70	11	234,91
11	309	Prostatectomia con CC	C	alta complessità	C	3.806,73	1.008,81	1.008,81	1.008,81	1.013,40	11	234,91
					A1	3.197,63	1.154,52	1.154,52	1.154,52	947,70	10	194,82
					A2	3.104,50	1.120,90	1.120,90	1.120,90	920,10	10	194,82
11	310	Prostatectomia senza CC	C	alta complessità	B	2.949,28	1.064,86	1.064,86	1.064,86	874,00	10	194,82
					C	2.794,05	1.008,81	1.008,81	1.008,81	828,00	10	194,82
					A1	4.834,10	2.179,73	2.179,73	2.179,73	1.723,06	24	304,49
11	311	Interventi minori sulla vescica con CC	C	alta complessità	A2	4.693,31	2.116,25	2.116,25	2.116,25	1.672,88	24	304,49
					B	4.458,64	2.010,39	2.010,39	2.010,39	1.588,40	24	304,49
					C	4.223,97	1.904,58	1.904,58	1.904,58	1.504,80	24	304,49

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1	Ordinario di	DH < 3	DH > 4	Deceduto 1 g. o	soglia	Incremento pro die
						giorno	1 giorno	accessi	accessi	Trasferito altro ospedale 1 g.	DRG espressa in gg	
11	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	C		A1	3.498,50	2.179,73	2.179,73	2.179,73	1.805,77	9	169,21
					A2	3.396,61	2.116,25	2.116,25	2.116,25	1.753,18	9	169,21
					B	3.226,77	2.010,39	2.010,39	2.010,39	1.665,36	9	169,21
11	310	Interventi per via transuretrale con CC	C		C	3.056,94	1.904,58	1.904,58	1.904,58	1.577,70	9	169,21
					A1	3.388,53	1.182,24	1.182,24	1.182,24	1.095,28	13	279,44
					A2	3.289,84	1.147,81	1.147,81	1.147,81	1.063,38	13	279,44
11	311	Interventi per via transuretrale senza CC	C		B	3.125,31	1.090,41	1.090,41	1.090,41	1.009,86	13	279,44
					C	2.960,82	1.033,02	1.033,02	1.033,02	956,70	13	279,44
					A1	2.420,74	1.182,24	1.182,24	1.182,24	977,47	7	173,67
11	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	C		A2	2.350,24	1.147,81	1.147,81	1.147,81	949,00	7	173,67
					B	2.232,69	1.090,41	1.090,41	1.090,41	901,56	7	173,67
					C	2.115,18	1.033,02	1.033,02	1.033,02	854,10	7	173,67
11	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	C		A1	4.970,25	1.544,38	1.544,38	1.544,38	1.242,54	17	226,55
					A2	4.825,49	1.499,40	1.499,40	1.499,40	1.206,35	17	226,55
					B	4.584,13	1.424,43	1.424,43	1.424,43	1.145,70	17	226,55
11	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	C		C	4.342,86	1.349,46	1.349,46	1.349,46	1.085,40	17	226,55
					A1	3.150,45	1.579,72	1.579,72	1.579,72	1.301,11	7	201,51
					A2	3.058,69	1.533,71	1.533,71	1.533,71	1.263,22	7	201,51
11	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	C		B	2.905,67	1.457,02	1.457,02	1.457,02	1.199,86	7	201,51
					C	2.752,74	1.380,33	1.380,33	1.380,33	1.136,70	7	201,51
					A1	3.746,21	1.530,70	1.530,70	1.530,70	1.239,47	15	215,99
11	316	Insufficienza renale	M		A2	3.637,10	1.486,12	1.486,12	1.486,12	1.203,37	15	215,99
					B	3.455,25	1.411,80	1.411,80	1.411,80	1.142,86	15	215,99
					C	3.273,39	1.337,49	1.337,49	1.337,49	1.082,70	15	215,99
11	317	Ricovero per dialisi renale	M	potenzialmente inappropriato	A1	6.910,25	2.738,89	2.738,89	2.738,89	2.103,23	28	235,47
					A2	6.708,99	2.659,12	2.659,12	2.659,12	2.041,98	28	235,47
					B	6.373,46	2.526,15	2.526,15	2.526,15	1.938,96	28	235,47
11	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	M		C	6.038,01	2.393,19	2.393,19	2.393,19	1.836,90	28	235,47
					A1	3.846,49	2.200,00	2.200,00	2.200,00	607,90	20	272,20
					A2	3.734,46	2.200,00	2.200,00	2.200,00	590,20	20	272,20
11	319	Insufficienza renale	M		B	3.547,68	2.200,00	2.200,00	2.200,00	560,50	20	272,20
					C	3.435,65	2.200,00	2.200,00	2.200,00	542,80	20	272,20
					A1	1.422,35	2.200,00	2.200,00	2.200,00	866,52	26	183,69
11	320	Ricovero per dialisi renale	M		A2	1.380,93	2.200,00	2.200,00	2.200,00	841,29	26	183,69
					B	1.311,86	2.200,00	2.200,00	2.200,00	798,96	26	183,69
					C	1.242,84	2.200,00	2.200,00	2.200,00	757,16	26	183,69
11	321	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	M		A1	4.126,36	2.200,00	2.200,00	2.200,00	453,33	26	302,83
					A2	4.006,18	2.200,00	2.200,00	2.200,00	440,13	26	302,83
					B	3.805,80	2.200,00	2.200,00	2.200,00	418,00	26	302,83
					C	3.603,49	2.200,00	2.200,00	2.200,00	396,00	26	302,83

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
11	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	M		A1	2.222,64	220,00	124,47	1.667,94	430,27	14	222,10
					A2	2.157,91	220,00	124,47	1.619,36	417,74	14	222,10
					B	2.050,01	220,00	124,47	1.538,39	396,16	14	222,10
11	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	M		C	1.942,11	220,00	124,47	1.457,42	375,30	14	222,10
					A1	2.781,59	220,00	124,47	2.087,40	366,04	20	222,10
					A2	2.700,58	220,00	124,47	2.026,61	355,38	20	222,10
11	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M		B	2.565,48	220,00	124,47	1.925,22	337,26	20	222,10
					C	2.565,48	220,00	124,47	1.925,22	337,26	20	222,10
					A1	1.939,89	220,00	124,47	1.112,6	294,09	16	175,34
11	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	M		A2	1.883,39	220,00	124,47	1.08,02	285,53	16	175,34
					B	1.789,14	220,00	124,47	1.02,62	270,76	16	175,34
					C	1.732,64	220,00	124,47	99,38	262,20	16	175,34
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	M		A1	1.464,78	220,00	124,47	1.099,21	295,41	10	182,03
					A2	1.422,12	220,00	124,47	1.067,20	286,81	10	182,03
					B	1.351,00	220,00	124,47	1.013,83	271,70	10	182,03
11	324	Calcolosi urinaria senza CC	M		C	1.279,91	220,00	124,47	960,48	258,13	10	182,03
					A1	963,22	220,00	124,47	770,57	323,17	9	190,97
					A2	935,17	220,00	124,47	748,13	313,76	9	190,97
11	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M		B	888,35	220,00	124,47	710,67	297,36	9	190,97
					C	888,35	220,00	124,47	710,67	297,36	9	190,97
					A1	1.934,78	220,00	124,47	1.547,81	367,48	14	273,95
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M		A2	1.878,43	220,00	124,47	1.502,73	356,78	14	273,95
					B	1.784,48	220,00	124,47	1.427,58	338,20	14	273,95
					C	1.728,13	220,00	124,47	1.382,50	327,52	14	273,95
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M		A1	1.107,68	220,00	110,65	110,65	274,67	10	235,65
					A2	1.075,42	220,00	110,65	110,65	266,67	10	235,65
					B	1.021,63	220,00	110,65	110,65	252,70	10	235,65
11	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	M		C	1.021,63	220,00	110,65	110,65	252,70	10	235,65
					A1	975,01	220,00	124,47	731,68	284,75	9	273,87
					A2	946,62	220,00	124,47	710,37	276,46	9	273,87
11	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	M		B	899,27	220,00	124,47	674,85	262,20	9	273,87
					C	851,96	220,00	124,47	639,33	248,81	9	273,87
					A1	2.386,33	220,00	124,47	1.790,78	406,71	18	163,65
11	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	M		A2	2.316,83	220,00	124,47	1.738,63	394,87	18	163,65
					B	2.200,96	220,00	124,47	1.651,68	374,30	18	163,65
					C	2.085,12	220,00	124,47	1.564,75	354,60	18	163,65

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	804,60	220,00	124,47	603,80	413,08	4	134,15
					A2	781,17	220,00	124,47	586,22	401,05	4	134,15
					B	742,05	220,00	124,47	556,86	380,96	4	134,15
11	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	M		A1	1.322,52	220,00	124,47	992,46	383,51	7	188,70
					A2	1.284,00	220,00	124,47	963,56	372,34	7	188,70
					B	1.219,80	220,00	124,47	915,39	353,40	7	188,70
11	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M		C	1.155,60	220,00	124,47	867,21	334,80	7	188,70
					A1	3.489,73	220,00	124,47	2.612,05	504,09	21	234,91
					A2	3.379,35	220,00	124,47	2.535,98	489,41	21	234,91
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	B	3.210,34	220,00	124,47	2.409,15	464,56	21	234,91
					C	3.041,37	220,00	124,47	2.282,35	440,10	21	234,91
					A1	1.038,59	220,00	110,65	110,65	346,05	13	234,91
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M		A2	1.008,34	220,00	110,65	110,65	335,98	13	234,91
					B	957,89	220,00	110,65	110,65	318,26	13	234,91
					C	957,89	220,00	110,65	110,65	318,26	13	234,91
12	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	C	alta complessità	A1	7.345,40	5.876,25	5.876,25	5.876,25	1.818,14	22	227,12
					A2	7.131,46	5.705,10	5.705,10	5.705,10	1.765,19	22	227,12
					B	6.774,83	5.419,85	5.419,85	5.419,85	1.676,76	22	227,12
12	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	C	alta complessità	C	6.418,26	5.134,59	5.134,59	5.134,59	1.588,50	22	227,12
					A1	6.176,82	4.941,45	4.941,45	4.941,45	1.668,05	13	220,98
					A2	5.996,92	4.797,53	4.797,53	4.797,53	1.619,47	13	220,98
12	336	Prostatectomia transuretrale con CC	C		B	5.697,06	4.557,65	4.557,65	4.557,65	1.538,06	13	220,98
					C	5.397,21	4.317,78	4.317,78	4.317,78	1.457,10	13	220,98
					A1	3.495,40	1.142,33	1.142,33	1.142,33	936,93	14	197,05
12	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	C		A2	3.393,60	1.109,06	1.109,06	1.109,06	909,65	14	197,05
					B	3.223,92	1.053,55	1.053,55	1.053,55	863,56	14	197,05
					C	3.054,24	998,10	998,10	998,10	818,12	14	197,05
12	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C		A1	2.731,79	1.142,33	1.142,33	1.142,33	938,12	9	190,93
					A2	2.652,23	1.109,06	1.109,06	1.109,06	910,80	9	190,93
					B	2.519,59	1.053,55	1.053,55	1.053,55	864,50	9	190,93
12	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C		C	2.386,98	998,10	998,10	998,10	819,00	9	190,93
					A1	2.749,40	1.576,96	1.576,96	1.576,96	1.280,81	4	243,81
					A2	2.669,33	1.531,03	1.531,03	1.531,03	1.243,51	4	243,81
12	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C		B	2.535,84	1.454,45	1.454,45	1.454,45	1.180,86	4	243,81
					C	2.535,84	1.454,45	1.454,45	1.454,45	1.180,86	4	243,81
					C	2.535,84	1.454,45	1.454,45	1.454,45	1.180,86	4	243,81

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	C		A1	1.094,26	1.229,18	1.229,18	1.229,18	632,64	4	205,95
					A2	1.062,39	1.193,38	1.193,38	1.193,38	614,22	4	205,95
					B	1.009,19	1.133,64	1.133,64	1.133,64	583,30	4	205,95
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C		C	1.009,19	1.133,64	1.133,64	1.133,64	583,30	4	205,95
					A1	1.234,83	1.151,25	1.151,25	1.151,25	667,69	4	322,30
					A2	1.198,87	1.117,72	1.117,72	1.117,72	648,25	4	322,30
12	341	Interventi sulle pene	C		B	1.138,86	1.061,82	1.061,82	1.061,82	615,60	4	322,30
					C	1.138,86	1.061,82	1.061,82	1.061,82	615,60	4	322,30
					A1	3.856,75	2.176,57	2.176,57	2.176,57	1.801,82	12	219,88
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	C		A2	3.744,42	2.113,18	2.113,18	2.113,18	1.749,34	12	219,88
					B	3.557,18	2.007,45	2.007,45	2.007,45	1.661,56	12	219,88
					C	3.369,96	1.901,79	1.901,79	1.901,79	1.574,10	12	219,88
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	C		A1	889,55	988,39	988,39	988,39	535,76	14	285,56
					A2	863,65	959,61	959,61	959,61	520,16	14	285,56
					B	820,42	911,62	911,62	911,62	494,00	14	285,56
12	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	C		C	820,42	911,62	911,62	911,62	494,00	14	285,56
					A1	635,19	691,01	691,01	691,01	404,07	2	263,29
					A2	616,69	670,89	670,89	670,89	392,31	2	263,29
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	C		B	585,77	637,26	637,26	637,26	372,40	2	263,29
					C	554,94	603,72	603,72	603,72	352,80	2	263,29
					A1	4.270,33	1.502,95	1.502,95	1.502,95	1.262,06	18	198,16
12	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	M		A2	4.145,96	1.459,18	1.459,18	1.459,18	1.225,31	18	198,16
					B	3.936,61	1.386,15	1.386,15	1.386,15	1.163,76	18	198,16
					C	3.731,31	1.313,19	1.313,19	1.313,19	1.102,50	18	198,16
12	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	M		A1	1.788,82	1.371,01	1.371,01	1.371,01	655,97	13	243,81
					A2	1.736,72	1.331,08	1.331,08	1.331,08	636,87	13	243,81
					B	1.649,87	1.264,45	1.264,45	1.264,45	604,20	13	243,81
12	348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	M		C	1.649,87	1.264,45	1.264,45	1.264,45	604,20	13	243,81
					A1	3.699,79	220,00	124,47	2.776,45	479,59	25	266,07
					A2	3.592,03	220,00	124,47	2.695,59	465,63	25	266,07
12	349	Ipertrofia prostatica benigna con CC	M		B	3.412,40	220,00	124,47	2.560,79	441,76	25	266,07
					C	3.232,80	220,00	124,47	2.426,01	418,50	25	266,07
					A1	1.475,40	220,00	124,47	1.107,17	352,34	14	248,27
12	350	Ipertrofia prostatica benigna con CC	M		A2	1.432,43	220,00	124,47	1.074,93	342,08	14	248,27
					B	1.360,78	220,00	124,47	1.021,17	324,90	14	248,27
					C	1.360,78	220,00	124,47	1.021,17	324,90	14	248,27
12	351	Ipertrofia prostatica benigna con CC	M		A1	2.210,78	220,00	124,47	1.659,03	368,03	14	209,30
					A2	2.146,39	220,00	124,47	1.610,71	357,32	14	209,30
					B	2.038,99	220,00	124,47	1.530,12	339,16	14	209,30
12	352	Ipertrofia prostatica benigna con CC	M		C	1.931,67	220,00	124,47	1.449,59	321,30	14	209,30

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione		Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die						
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	927,55	220,00	124,47	696,06	248,00	9	208,19					
					A2	900,54	220,00	124,47	675,79	240,78	9	208,19					
					B	855,48	220,00	124,47	641,97	228,00	9	208,19					
12	350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	M		C	855,48	220,00	124,47	641,97	228,00	9	208,19					
					A1	1.928,38	220,00	124,47	1.447,12	375,17	15	238,81					
					A2	1.872,22	220,00	124,47	1.404,98	364,25	15	238,81					
12	351	Sterilizzazione maschile	M		B	1.778,59	220,00	124,47	1.334,72	345,80	15	238,81					
					C	1.722,42	220,00	124,47	1.292,57	334,88	15	238,81					
					A1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00					
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	M	potenzialmente inappropriato	A2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00					
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00					
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00					
13	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	alta complessità	A1	804,81	220,00	124,47	603,96	436,33	9	207,63					
					A2	781,37	220,00	124,47	586,37	423,63	9	207,63					
					B	742,24	220,00	124,47	557,00	401,86	9	207,63					
					C	742,24	220,00	124,47	557,00	401,86	9	207,63					
					A1	6.389,56	5.111,59	5.111,59	5.111,59	1.972,98	17	277,21					
					A2	6.203,46	4.962,71	4.962,71	4.962,71	1.915,52	17	277,21					
					B	5.893,23	4.714,58	4.714,58	4.714,58	1.819,26	17	277,21					
					C	5.583,06	4.466,44	4.466,44	4.466,44	1.723,50	17	277,21					
					A1	6.923,62	1.498,76	1.498,76	1.498,76	1.427,37	19	190,93					
					A2	6.721,97	1.455,11	1.455,11	1.455,11	1.385,80	19	190,93					
					B	6.385,81	1.382,35	1.382,35	1.382,35	1.315,76	19	190,93					
					13	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC	C		C	6.049,71	1.309,59	1.309,59	1.309,59	1.246,50	19	190,93
A1	4.078,27	1.498,76	1.498,76	1.498,76						1.220,31	11	143,61					
A2	3.959,49	1.455,11	1.455,11	1.455,11						1.184,77	11	143,61					
B	3.761,43	1.382,35	1.382,35	1.382,35						1.124,80	11	143,61					
C	3.563,46	1.309,59	1.309,59	1.309,59						1.065,60	11	143,61					
A1	2.987,96	1.541,04	1.541,04	1.541,04						1.279,52	7	145,83					
A2	2.900,94	1.496,16	1.496,16	1.496,16						1.242,26	7	145,83					
B	2.755,86	1.421,30	1.421,30	1.421,30						1.179,90	7	145,83					
C	2.610,81	1.346,49	1.346,49	1.346,49						1.117,80	7	145,83					
A1	6.994,23	5.595,37	5.595,37	5.595,37						1.895,52	18	205,95					
A2	6.790,52	5.432,40	5.432,40	5.432,40						1.840,32	18	205,95					
13	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC	C							B	6.450,98	5.160,78	5.160,78	5.160,78	1.748,00	18	205,95
					C	6.247,26	4.997,81	4.997,81	4.997,81	1.692,80	18	205,95					
					A1	4.446,97	1.479,37	1.479,37	1.479,37	1.332,09	13	213,19					
					A2	4.317,45	1.436,29	1.436,29	1.436,29	1.293,30	13	213,19					
					B	4.101,53	1.364,39	1.364,39	1.364,39	1.228,36	13	213,19					
					C	3.885,66	1.292,58	1.292,58	1.292,58	1.163,70	13	213,19					
					13	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	C		A1	2.900,94	1.496,16	1.496,16	1.496,16	1.242,26	7	145,83
										A2	2.755,86	1.421,30	1.421,30	1.421,30	1.179,90	7	145,83
										B	2.610,81	1.346,49	1.346,49	1.346,49	1.117,80	7	145,83
										C	2.610,81	1.346,49	1.346,49	1.346,49	1.117,80	7	145,83
										A1	6.994,23	5.595,37	5.595,37	5.595,37	1.895,52	18	205,95
										A2	6.790,52	5.432,40	5.432,40	5.432,40	1.840,32	18	205,95
B	6.450,98	5.160,78	5.160,78	5.160,78						1.748,00	18	205,95					
C	6.247,26	4.997,81	4.997,81	4.997,81						1.692,80	18	205,95					
A1	4.446,97	1.479,37	1.479,37	1.479,37						1.332,09	13	213,19					
A2	4.317,45	1.436,29	1.436,29	1.436,29						1.293,30	13	213,19					
B	4.101,53	1.364,39	1.364,39	1.364,39						1.228,36	13	213,19					
13	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi	C	alta complessità						C	3.885,66	1.292,58	1.292,58	1.292,58	1.163,70	13	213,19
					A1	4.446,97	1.479,37	1.479,37	1.479,37	1.332,09	13	213,19					
					A2	4.317,45	1.436,29	1.436,29	1.436,29	1.293,30	13	213,19					
					B	4.101,53	1.364,39	1.364,39	1.364,39	1.228,36	13	213,19					
					C	3.885,66	1.292,58	1.292,58	1.292,58	1.163,70	13	213,19					
					A1	4.446,97	1.479,37	1.479,37	1.479,37	1.332,09	13	213,19					
					A2	4.317,45	1.436,29	1.436,29	1.436,29	1.293,30	13	213,19					
					B	4.101,53	1.364,39	1.364,39	1.364,39	1.228,36	13	213,19					
					C	3.885,66	1.292,58	1.292,58	1.292,58	1.163,70	13	213,19					
					A1	4.446,97	1.479,37	1.479,37	1.479,37	1.332,09	13	213,19					
					A2	4.317,45	1.436,29	1.436,29	1.436,29	1.293,30	13	213,19					
					B	4.101,53	1.364,39	1.364,39	1.364,39	1.228,36	13	213,19					
C	3.885,66	1.292,58	1.292,58	1.292,58	1.163,70	13	213,19										

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1	Ordinario di	DH < 3	DH > 4	Deceduto 1 g. o	soglia	Incremento pro die
						giorno	1 giorno	accessi	accessi	Trasferito altro ospedale 1 g.	DRG espressa in gg	
13	359	Interventi su utero e ammessi non per neoplasie maligne senza CC	C		A1	3.117,45	1.925,08	1.925,08	1.925,08	1.982,83	9	173,12
					A2	3.026,66	1.925,08	1.925,08	1.925,08	1.925,08	9	173,12
					B	2.875,27	1.923,36	1.923,36	1.923,36	1.923,36	9	173,12
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	C		C	2.723,94	1.923,36	1.923,36	1.923,36	1.923,36	9	173,12
					A1	1.591,77	1.423,93	1.423,93	1.423,93	710,71	7	263,85
					A2	1.545,41	1.382,46	1.382,46	1.382,46	690,01	7	263,85
13	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	C		B	1.545,40	1.382,40	1.382,40	1.382,40	655,50	7	263,85
					C	1.545,40	1.382,40	1.382,40	1.382,40	655,50	7	263,85
					A1	2.666,29	1.500,34	1.500,34	1.500,34	1.231,56	7	273,32
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	C		A2	2.588,64	1.456,65	1.456,65	1.456,65	1.195,69	7	273,32
					B	2.459,17	1.383,77	1.383,77	1.383,77	1.135,26	7	273,32
					C	2.459,17	1.383,77	1.383,77	1.383,77	1.135,26	7	273,32
13	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	C		A1	1.087,13	1.207,93	1.207,93	1.207,93	665,78	2	173,67
					A2	1.056,47	1.172,75	1.172,75	1.172,75	646,39	2	173,67
					B	1.002,63	1.114,07	1.114,07	1.114,07	613,70	2	173,67
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	potenzialmente inappropriato	C	1.002,63	1.114,07	1.114,07	1.114,07	613,70	2	173,67
					A1	2.632,15	1.057,19	1.057,19	1.057,19	874,10	22	289,46
					A2	2.555,49	1.026,40	1.026,40	1.026,40	848,65	22	289,46
13	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	C		B	2.427,63	975,08	975,08	975,08	805,60	22	289,46
					C	2.299,86	923,76	923,76	923,76	763,20	22	289,46
					A1	944,78	1.049,76	1.049,76	1.049,76	542,84	7	242,57
13	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M		A2	917,27	1.019,19	1.019,19	1.019,19	527,03	7	242,57
					B	917,20	1.019,00	1.019,00	1.019,00	500,66	7	242,57
					C	917,20	1.019,00	1.019,00	1.019,00	500,66	7	242,57
13	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	M		A1	3.059,25	1.688,28	1.688,28	1.688,28	1.341,64	17	199,28
					A2	2.970,15	1.639,11	1.639,11	1.639,11	1.302,57	17	199,28
					B	2.821,60	1.557,15	1.557,15	1.557,15	1.236,90	17	199,28
13	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	M		C	2.821,60	1.557,15	1.557,15	1.557,15	1.236,90	17	199,28
					A1	4.282,26	220,00	124,47	3.213,55	489,86	26	277,77
					A2	4.157,54	220,00	124,47	3.119,96	475,60	26	277,77
13	369	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M		B	3.949,63	220,00	124,47	2.963,93	451,26	26	277,77
					C	3.741,75	220,00	124,47	2.807,94	427,50	26	277,77
					A1	2.102,32	220,00	124,47	1.577,64	326,89	18	272,20
13	370	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M		A2	2.041,09	220,00	124,47	1.531,69	317,37	18	272,20
					B	1.938,95	220,00	124,47	1.455,05	301,16	18	272,20
					C	1.836,90	220,00	124,47	1.378,47	285,30	18	272,20
13	371	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M		A1	1.773,25	220,00	124,47	1.330,70	360,17	13	189,26
					A2	1.721,61	220,00	124,47	1.291,95	349,68	13	189,26
					B	1.635,52	220,00	124,47	1.227,35	331,56	13	189,26
13	372	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M		C	1.635,52	220,00	124,47	1.227,35	331,56	13	189,26
					A1	1.635,52	220,00	124,47	1.227,35	331,56	13	189,26
					A2	1.635,52	220,00	124,47	1.227,35	331,56	13	189,26

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	potenzialmente inappropriato	A1	747,04	220,00	124,47	50,32	345,57	7	289,46
					A2	725,29	220,00	124,47	48,86	335,51	7	289,46
					B	688,94	220,00	124,47	46,42	318,26	7	289,46
14	370	Parto cesareo con CC	C		C	688,94	220,00	124,47	46,42	318,26	7	289,46
					A1	2.865,74	2.292,53	2.292,53	2.292,53	1.050,09	10	207,63
					A2	2.782,28	2.225,76	2.225,76	2.225,76	1.019,51	10	207,63
14	371	Parto cesareo senza CC	C		B	2.643,09	2.114,47	2.114,47	2.114,47	968,06	10	207,63
					C	2.503,98	2.003,18	2.003,18	2.003,18	917,10	10	207,63
					A1	2.154,76	1.723,80	1.723,80	1.723,80	965,26	5	182,58
14	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	M		A2	2.092,00	1.673,60	1.673,60	1.673,60	937,15	5	182,58
					B	1.987,40	1.589,92	1.589,92	1.589,92	890,16	5	182,58
					C	1.882,80	1.506,24	1.506,24	1.506,24	843,30	5	182,58
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M		A1	1.667,81	220,00	124,47	1.251,58	678,73	7	268,31
					A2	1.619,24	220,00	124,47	1.215,13	658,97	7	268,31
					B	1.538,24	220,00	124,47	1.154,35	625,10	7	268,31
14	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C		C	1.457,28	220,00	124,47	1.093,60	592,20	7	268,31
					A1	1.310,25	1.012,49	1.24,47	983,26	606,60	4	212,08
					A2	1.272,09	983,00	1.24,47	954,63	588,94	4	212,08
14	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C		B	1.208,40	933,85	1.24,47	906,84	558,60	4	212,08
					C	1.144,80	881,50	1.24,47	859,11	529,20	4	212,08
					A1	2.186,04	656,26	656,26	656,26	919,82	5	276,66
14	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	M		A2	2.122,37	637,15	637,15	637,15	893,03	5	276,66
					B	2.016,19	605,25	605,25	605,25	848,36	5	276,66
					C	1.910,07	573,39	573,39	573,39	803,70	5	276,66
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	C		A1	2.944,85	2.355,79	2.355,79	2.355,79	1.065,94	25	364,62
					A2	2.859,08	2.287,18	2.287,18	2.287,18	1.034,90	25	364,62
					B	2.716,05	2.172,82	2.172,82	2.172,82	982,30	25	364,62
14	378	Gravidanza ectopica	M		C	2.573,10	2.058,46	2.058,46	2.058,46	930,60	25	364,62
					A1	1.301,54	220,00	124,47	976,73	386,03	9	238,81
					A2	1.263,64	220,00	124,47	948,29	374,79	9	238,81
14	379	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	M		B	1.200,42	220,00	124,47	900,66	353,30	9	238,81
					C	1.137,24	220,00	124,47	853,44	336,60	9	238,81
					A1	1.840,93	1.340,49	1.340,49	1.340,49	874,49	7	382,98
14	380	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	C		A2	1.787,32	1.301,45	1.301,45	1.301,45	849,02	7	382,98
					B	1.697,94	1.236,33	1.236,33	1.236,33	806,56	7	382,98
					C	1.677,94	1.236,33	1.236,33	1.236,33	806,56	7	382,98
14	381	Gravidanza ectopica	M		A1	1.677,55	220,00	124,47	1.258,88	619,64	9	195,38
					A2	1.628,69	220,00	124,47	1.222,22	601,60	9	195,38
					B	1.547,17	220,00	124,47	1.161,05	570,96	9	195,38
14	382	Gravidanza ectopica	M		C	1.547,17	220,00	124,47	1.161,05	570,96	9	195,38

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
14	379	Minaccia di aborto	M		A1	1.417,53	220,00	124,47	1.063,79	458,43	9	232,68
					A2	1.376,25	220,00	124,47	1.032,81	445,08	9	232,68
					B	1.307,39	220,00	124,47	981,13	422,76	9	232,68
14	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	M		C	1.238,58	220,00	124,47	929,50	400,50	9	232,68
					A1	1.167,46	220,00	124,47	876,09	434,16	4	204,30
					A2	1.133,46	220,00	124,47	850,58	421,52	4	204,30
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isteriotomia	C		B	1.076,73	220,00	124,47	808,01	399,96	4	204,30
					C	1.020,06	220,00	124,47	765,48	378,90	4	204,30
					A1	1.018,77	1.131,97	1.131,97	1.131,97	558,99	4	317,84
14	382	Falso travaglio	M		A2	989,10	1.099,00	1.099,00	1.099,00	542,71	4	317,84
					B	939,65	1.044,05	1.044,05	1.044,05	514,90	4	317,84
					C	939,65	1.044,05	1.044,05	1.044,05	514,90	4	317,84
14	383	Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	M		A1	630,22	220,00	124,47	472,93	254,49	7	101,86
					A2	611,87	220,00	124,47	459,16	247,08	7	101,86
					B	581,21	220,00	124,47	436,15	234,66	7	101,86
14	384	Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	M	potenzialmente inappropriato	C	550,62	220,00	124,47	413,20	222,30	7	101,86
					A1	1.300,18	220,00	124,47	975,70	356,24	9	207,63
					A2	1.262,32	220,00	124,47	947,29	345,87	9	207,63
14	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	M	alta complessità	B	1.199,19	220,00	124,47	899,92	327,76	9	207,63
					C	1.136,07	220,00	124,47	852,55	310,50	9	207,63
					A1	786,13	220,00	124,47	589,93	341,56	9	188,15
14	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	M	alta complessità	A2	763,24	220,00	124,47	572,75	331,62	9	188,15
					B	725,04	220,00	124,47	544,09	314,46	9	188,15
					C	725,04	220,00	124,47	544,09	314,46	9	188,15
15	387	Prematurità con affezioni maggiori	M	alta complessità	A1	5.598,02	0,00	0,00	0,00	354,80	53	280,55
					A2	5.434,98	0,00	0,00	0,00	344,47	53	280,55
					B	5.163,16	0,00	0,00	0,00	326,80	53	280,55
15	388	Prematurità senza affezioni maggiori	M	alta complessità	C	4.891,41	0,00	0,00	0,00	309,60	53	280,55
					A1	31.660,58	24.471,92	24.471,92	23.759,17	0,00	114	178,12
					A2	30.738,43	23.759,15	23.759,15	23.067,16	0,00	114	178,12
15	389	Prematurità con affezioni maggiori	M	alta complessità	B	29.201,48	22.485,14	22.485,14	22.485,14	0,00	114	178,12
					C	27.664,56	21.301,71	21.301,71	21.301,71	0,00	114	178,12
					A1	14.575,29	11.265,87	11.265,87	10.937,78	0,00	43	169,77
15	390	Prematurità senza affezioni maggiori	M	alta complessità	A2	14.150,77	10.937,74	10.937,74	10.619,21	0,00	43	169,77
					B	13.443,17	10.351,24	10.351,24	10.351,24	0,00	43	169,77
					C	12.735,63	9.806,44	9.806,44	9.806,44	0,00	43	169,77
15	391	Prematurità senza affezioni maggiori	M	alta complessità	A1	5.598,02	4.326,90	4.326,90	4.200,94	0,00	19	194,27
					A2	5.434,98	4.200,88	4.200,88	4.078,59	0,00	19	194,27
					B	5.163,16	3.975,63	3.975,63	3.975,63	0,00	19	194,27
15	392	Prematurità senza affezioni maggiori	M	alta complessità	C	4.891,41	3.766,39	3.766,39	3.766,39	0,00	19	194,27

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
15	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	M		A1	4.036,46	3.119,97	3.119,97	3.029,09	0,00	14	138,05
					A2	3.918,90	3.029,10	3.029,10	2.940,87	0,00	14	138,05
					B	3.722,96	2.866,68	2.866,68	2.866,68		14	138,05
15	390	Neonati con altre affezioni significative	M		C	3.527,01	2.715,80	2.715,80	2.715,80		14	138,05
					A1	1.179,91	911,97	911,97	885,44	0,00	9	102,97
					A2	1.145,55	885,41	885,41	859,66	0,00	9	102,97
15	391	Neonato normale	M		B	1.088,23	837,94	837,94	837,94		9	102,97
					C	1.088,23	837,94	837,94	837,94		9	102,97
					A1	576,80	445,83	445,83	432,84	0,00	7	0,00
15	392	Splenectomia, età > 17 anni	C	alta complessità	A2	560,00	432,85	432,85	420,24	0,00	7	0,00
					B	532,00	409,64	409,64	409,64		7	0,00
					C	532,00	409,64	409,64	409,64		7	0,00
16	393	Splenectomia, età < 18 anni	C	alta complessità	A1	6.822,84	5.458,25	5.458,25	5.458,25	1.866,69	19	314,51
					A2	6.624,12	5.299,28	5.299,28	5.299,28	1.812,33	19	314,51
					B	6.292,90	5.034,32	5.034,32	5.034,32	1.721,40	19	314,51
16	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	C		C	5.961,71	4.769,35	4.769,35	4.769,35	1.631,10	19	314,51
					A1	4.844,02	3.875,19	3.875,19	3.875,19	1.192,59	14	251,05
					A2	4.702,94	3.762,33	3.762,33	3.762,33	1.157,86	14	251,05
16	395	Anomale dei globuli rossi, età > 17 anni	M	potenzialmente inappropriato	B	4.467,76	3.574,21	3.574,21	3.574,21	1.099,16	14	251,05
					C	4.232,61	3.386,09	3.386,09	3.386,09	1.041,30	14	251,05
					A1	4.304,55	1.634,77	1.634,77	1.634,77	1.194,65	14	320,63
16	396	Anomale dei globuli rossi, età < 18 anni	M		A2	4.179,18	1.587,16	1.587,16	1.587,16	1.159,86	14	320,63
					B	3.970,15	1.507,75	1.507,75	1.507,75	1.101,06	14	320,63
					C	3.970,15	1.507,75	1.507,75	1.507,75	1.101,06	14	320,63
16	397	Disturbi della coagulazione	M		A1	1.725,96	220,00	124,47	1.380,76	442,07	19	245,76
					A2	1.675,69	220,00	124,47	1.340,55	429,20	19	245,76
					B	1.591,82	220,00	124,47	1.273,46	407,56	19	245,76
16	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	M		C	1.591,82	220,00	124,47	1.273,46	407,56	19	245,76
					A1	1.225,98	220,00	124,47	920,01	378,47	10	244,93
					A2	1.190,28	220,00	124,47	893,22	367,45	10	244,93
16	399	Anomale dei globuli rossi, età < 18 anni	M		B	1.130,69	220,00	124,47	848,51	348,66	10	244,93
					C	1.071,25	220,00	124,47	803,90	330,71	10	244,93
					A1	2.830,56	220,00	124,47	2.124,14	600,29	20	363,49
16	400	Disturbi della coagulazione	M		A2	2.748,12	220,00	124,47	2.062,28	582,81	20	363,49
					B	2.610,70	220,00	124,47	1.959,16	552,90	20	363,49
					C	2.610,70	220,00	124,47	1.959,16	552,90	20	363,49
16	401	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	M		A1	3.696,46	220,00	124,47	2.773,95	404,73	25	202,62
					A2	3.588,80	220,00	124,47	2.693,16	392,95	25	202,62
					B	3.409,36	220,00	124,47	2.558,51	372,40	25	202,62
16	402	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	M		C	3.301,70	220,00	124,47	2.477,71	360,64	25	202,62

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.755,22	220,00	124,47	1.317,16	314,22	15	182,03
					A2	1.704,10	220,00	124,47	1.278,80	305,07	15	182,03
					B	1.618,90	220,00	124,47	1.214,86	289,76	15	182,03
17	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	C	alta complessità	C	1.618,90	220,00	124,47	1.214,86	289,76	15	182,03
					A1	12.070,17	1.580,37	1.580,37	1.580,37	2.218,06	45	293,36
					A2	11.718,62	1.534,34	1.534,34	1.534,34	2.153,46	45	293,36
17	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	C	alta complessità	B	11.132,67	1.457,59	1.457,59	1.457,59	2.045,36	45	293,36
					C	10.546,74	1.380,87	1.380,87	1.380,87	1.937,70	45	293,36
					A1	4.061,83	1.580,37	1.580,37	1.580,37	1.218,92	12	160,86
17	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	alta complessità	A2	3.943,53	1.534,34	1.534,34	1.534,34	1.183,42	12	160,86
					B	3.746,33	1.457,59	1.457,59	1.457,59	1.123,86	12	160,86
					C	3.549,15	1.380,87	1.380,87	1.380,87	1.064,70	12	160,86
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	7.400,81	220,00	124,47	5.553,82	1.052,42	36	329,53
					A2	7.185,26	220,00	124,47	5.392,06	1.021,77	36	329,53
					B	6.825,94	220,00	124,47	5.122,42	969,96	36	329,53
17	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	M	alta complessità	C	6.466,68	220,00	124,47	4.852,82	918,90	36	329,53
					A1	1.877,72	220,00	124,47	1.409,10	474,96	24	254,38
					A2	1.823,03	220,00	124,47	1.368,06	461,13	24	254,38
17	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	C	alta complessità	B	1.731,85	220,00	124,47	1.299,64	437,96	24	254,38
					C	1.731,85	220,00	124,47	1.299,64	437,96	24	254,38
					A1	11.477,39	220,00	124,47	8.613,02	2.378,23	58	586,17
17	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	C	alta complessità	A2	11.143,10	220,00	124,47	8.362,16	2.308,97	58	586,17
					B	10.585,95	220,00	124,47	7.944,06	2.192,60	58	586,17
					C	10.028,79	220,00	124,47	7.525,95	2.077,20	58	586,17
17	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	alta complessità	A1	11.513,17	2.053,07	2.053,07	2.053,07	2.483,41	29	262,18
					A2	11.177,84	1.993,28	1.993,28	1.993,28	2.411,08	29	262,18
					B	10.618,91	1.893,54	1.893,54	1.893,54	2.290,46	29	262,18
17	409	Radioterapia	M	potenzialmente inappropriato	C	10.060,02	1.793,88	1.793,88	1.793,88	2.169,90	29	262,18
					A1	5.838,18	2.053,07	2.053,07	2.053,07	1.674,19	18	184,81
					A2	5.668,14	1.993,28	1.993,28	1.993,28	1.625,43	18	184,81
17	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	alta complessità	B	5.384,70	1.893,54	1.893,54	1.893,54	1.543,76	18	184,81
					C	5.101,29	1.793,88	1.793,88	1.793,88	1.462,50	18	184,81
					A1	4.515,21	2.499,92	2.499,92	2.499,92	1.961,18	7	323,98
17	409	Radioterapia	M	potenzialmente inappropriato	A2	4.383,70	2.427,11	2.427,11	2.427,11	1.923,48	7	323,98
					B	4.164,52	2.305,75	2.305,75	2.305,75	1.826,86	7	323,98
					C	4.003,00	2.232,93	2.232,93	2.232,93	1.769,16	7	323,98
17	409	Radioterapia	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.515,13	220,00	vedi testo	vedi testo	619,81	2	291,68
					A2	1.471,00	220,00	vedi testo	vedi testo	601,76	2	291,68
					B	1.397,45	220,00	vedi testo	vedi testo	570,96	2	291,68
17	409	Radioterapia	M	potenzialmente inappropriato	C	1.323,90	220,00	vedi testo	vedi testo	541,58	2	291,68

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.846,13	220,00	vedi testo	vedi testo	510,45	8	293,92
					A2	1.792,36	220,00	vedi testo	vedi testo	495,59	8	293,92
					B	1.702,69	220,00	vedi testo	vedi testo	470,26	8	293,92
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	M	potenzialmente inappropriato	C	1.648,92	220,00	vedi testo	vedi testo	455,40	8	293,92
					A1	893,92	220,00	124,47	670,82	226,39	18	178,12
					A2	867,89	220,00	124,47	651,29	219,80	18	178,12
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	M	potenzialmente inappropriato	B	824,41	220,00	124,47	618,67	208,06	18	178,12
					C	824,41	220,00	124,47	618,67	208,06	18	178,12
					A1	755,85	220,00	124,47	567,22	347,24	9	274,43
17	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	M		A2	733,84	220,00	124,47	550,70	337,13	9	274,43
					B	697,11	220,00	124,47	523,14	320,16	9	274,43
					C	697,11	220,00	124,47	523,14	320,16	9	274,43
17	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	M		A1	4.931,24	220,00	124,47	3.700,57	571,61	28	244,37
					A2	4.787,62	220,00	124,47	3.592,79	554,97	28	244,37
					B	4.548,22	220,00	124,47	3.413,14	526,30	28	244,37
17	417	Setticemia, età < 18 anni	M		C	4.308,84	220,00	124,47	3.233,50	498,60	28	244,37
					A1	2.962,39	220,00	124,47	2.223,06	331,28	25	168,66
					A2	2.876,11	220,00	124,47	2.158,32	321,64	25	168,66
17	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	M		B	2.732,30	220,00	124,47	2.050,41	304,96	25	168,66
					C	2.588,49	220,00	124,47	1.942,49	288,90	25	168,66
					A1	3.271,17	220,00	124,47	2.454,80	472,59	17	263,29
18	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	M		A2	3.175,90	220,00	124,47	2.383,31	458,83	17	263,29
					B	3.017,11	220,00	124,47	2.264,15	435,10	17	263,29
					C	2.858,31	220,00	124,47	2.144,98	412,20	17	263,29
18	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	M		A1	3.613,39	220,00	124,47	2.711,60	409,97	25	243,25
					A2	3.508,15	220,00	124,47	2.632,63	398,03	25	243,25
					B	3.332,70	220,00	124,47	2.500,97	378,10	25	243,25
18	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	M		C	3.157,29	220,00	124,47	2.369,34	358,20	25	243,25
					A1	2.790,97	220,00	124,47	2.094,43	410,21	16	185,36
					A2	2.709,68	220,00	124,47	2.033,43	398,27	16	185,36
18	422	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	M		B	2.574,12	220,00	124,47	1.931,71	378,10	16	185,36
					C	2.492,83	220,00	124,47	1.870,71	366,16	16	185,36
					A1	2.148,43	220,00	124,47	1.612,25	327,84	15	160,31
18	423	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	M		A2	2.085,86	220,00	124,47	1.565,30	318,30	15	160,31
					B	1.981,51	220,00	124,47	1.487,00	302,10	15	160,31
					C	1.877,22	220,00	124,47	1.408,74	286,20	15	160,31
18	424	Malattie di origine virale, età > 17 anni	M		A1	2.249,27	220,00	124,47	1.687,92	350,11	14	194,27
					A2	2.183,76	220,00	124,47	1.638,76	339,92	14	194,27
					B	2.074,52	220,00	124,47	1.556,79	322,06	14	194,27
18	425	Malattie di origine virale, età > 17 anni	M		C	1.965,33	220,00	124,47	1.474,85	305,10	14	194,27

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
18	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M		A1	1.709,80	220,00	124,47	1.283,09	295,19	9	266,07
					A2	1.660,00	220,00	124,47	1.245,72	286,60	9	266,07
					B	1.577,00	220,00	124,47	1.183,44	271,70	9	266,07
18	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	M		C	1.577,00	220,00	124,47	1.183,44	271,70	9	266,07
					A1	4.279,23	220,00	124,47	3.211,27	561,93	24	272,77
					A2	4.154,60	220,00	124,47	3.117,74	545,57	24	272,77
18	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	C		B	3.946,87	220,00	124,47	2.961,86	517,76	24	272,77
					C	3.946,87	220,00	124,47	2.961,86	517,76	24	272,77
					A1	5.111,79	2.090,26	2.090,26	2.090,26	1.596,87	21	237,69
19	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	M		A2	4.962,91	2.029,38	2.029,38	2.029,38	1.550,36	21	237,69
					B	4.714,76	1.927,84	1.927,84	1.927,84	1.472,50	21	237,69
					C	4.466,62	1.826,44	1.826,44	1.826,44	1.395,32	21	237,69
19	426	Neurosi depressive	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.718,94	220,00	124,47	1.289,95	285,98	18	260,51
					A2	1.668,88	220,00	124,47	1.252,38	277,66	18	260,51
					B	1.585,36	220,00	124,47	1.189,71	263,16	18	260,51
19	427	Neurosi eccetto neurosi depressive	M	potenzialmente inappropriato	C	1.585,36	220,00	124,47	1.189,71	263,16	18	260,51
					A1	883,68	220,00	124,47	706,94	152,88	15	204,27
					A2	857,95	220,00	124,47	686,35	148,43	15	204,27
19	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	M		B	815,01	220,00	124,47	652,00	140,60	15	204,27
					C	815,01	220,00	124,47	652,00	140,60	15	204,27
					A1	779,90	220,00	124,47	623,91	145,70	13	219,70
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	potenzialmente inappropriato	A2	757,19	220,00	124,47	605,74	141,46	13	219,70
					B	719,25	220,00	124,47	575,39	133,96	13	219,70
					C	719,25	220,00	124,47	575,39	133,96	13	219,70
19	430	Psicosi	M		A1	2.334,89	220,00	124,47	1.752,18	197,02	39	202,62
					A2	2.266,89	220,00	124,47	1.701,15	191,29	39	202,62
					B	2.153,46	220,00	124,47	1.616,03	181,46	39	202,62
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M		C	2.085,46	220,00	124,47	1.565,00	175,72	39	202,62
					A1	1.396,62	220,00	124,47	1.117,29	362,56	19	152,14
					A2	1.355,95	220,00	124,47	1.084,75	352,00	19	152,14
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M		B	1.288,11	220,00	124,47	1.030,48	334,40	19	152,14
					C	1.288,11	220,00	124,47	1.030,48	334,40	19	152,14
					A1	2.000,06	220,00	124,47	1.500,90	180,63	19	194,27
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M		A2	1.941,81	220,00	124,47	1.457,19	175,37	19	194,27
					B	1.844,71	220,00	124,47	1.384,33	166,26	19	194,27
					C	1.844,71	220,00	124,47	1.384,33	166,26	19	194,27
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M		A1	1.151,95	220,00	124,47	864,45	328,13	12	168,11
					A2	1.118,40	220,00	124,47	839,28	318,58	12	168,11
					B	1.062,48	220,00	124,47	797,32	302,10	12	168,11
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M		C	1.006,56	220,00	124,47	755,35	286,72	12	168,11

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
19	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	M		A1	1.451,14	220,00	124,47	1.088,98	297,64	14	189,82
					A2	1.408,88	220,00	124,47	1.057,27	288,98	14	189,82
					B	1.338,36	220,00	124,47	1.004,35	273,60	14	189,82
	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci: dimesso contro il parere dei sanitari	M		C	1.338,36	220,00	124,47	1.004,35	273,60	14	189,82
					A1	684,09	220,00	124,47	513,37	249,76	7	303,94
					A2	664,17	220,00	124,47	498,42	242,49	7	303,94
20	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci: dimesso contro il parere dei sanitari	M		B	630,90	220,00	124,47	473,45	229,90	7	303,94
					C	630,90	220,00	124,47	473,45	229,90	7	303,94
					A1	4.865,21	2.238,85	2.238,85	2.238,85	1.823,24	9	231,01
21	439	Trapianti di pelle per traumatismo	C		A2	4.723,51	2.173,65	2.173,65	2.173,65	1.770,14	9	231,01
					B	4.487,33	2.064,92	2.064,92	2.064,92	1.681,50	9	231,01
					C	4.251,15	1.956,24	1.956,24	1.956,24	1.593,00	9	231,01
21	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	C		A1	4.515,40	1.779,56	1.779,56	1.779,56	1.398,28	18	385,76
					A2	4.383,89	1.727,73	1.727,73	1.727,73	1.357,56	18	385,76
					B	4.164,61	1.641,32	1.641,32	1.641,32	1.289,16	18	385,76
21	441	Interventi sulla mano per traumatismo	C		C	4.164,61	1.641,32	1.641,32	1.641,32	1.289,16	18	385,76
					A1	3.212,82	1.660,12	1.660,12	1.660,12	1.395,97	9	227,68
					A2	3.119,25	1.611,77	1.611,77	1.611,77	1.355,32	9	227,68
21	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	C	alta complessità	B	2.963,24	1.531,12	1.531,12	1.531,12	1.287,26	9	227,68
					C	2.807,28	1.450,53	1.450,53	1.450,53	1.219,50	9	227,68
					A1	10.243,75	1.500,62	1.500,62	1.500,62	2.283,90	37	302,83
21	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	C	alta complessità	A2	9.945,39	1.456,92	1.456,92	1.456,92	2.217,38	37	302,83
					B	9.448,04	1.384,06	1.384,06	1.384,06	2.106,16	37	302,83
					C	8.950,77	1.311,21	1.311,21	1.311,21	1.995,30	37	302,83
21	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	M		A1	3.597,01	1.500,62	1.500,62	1.500,62	1.232,82	12	226,55
					A2	3.492,25	1.456,92	1.456,92	1.456,92	1.196,92	12	226,55
					B	3.317,59	1.384,06	1.384,06	1.384,06	1.136,20	12	226,55
21	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	M		C	3.142,98	1.311,21	1.311,21	1.311,21	1.076,40	12	226,55
					A1	2.963,39	220,00	124,47	2.223,83	384,86	15	219,88
					A2	2.877,08	220,00	124,47	2.159,06	373,66	15	219,88
21	446	Traumatismi, età < 18 anni	M		B	2.733,15	220,00	124,47	2.051,05	354,36	15	219,88
					C	2.589,30	220,00	124,47	1.943,10	335,70	15	219,88
					A1	2.189,34	220,00	124,47	1.642,96	388,35	13	215,42
21	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	M		A2	2.125,58	220,00	124,47	1.595,11	377,04	13	215,42
					B	2.019,23	220,00	124,47	1.515,30	358,16	13	215,42
					C	1.912,95	220,00	124,47	1.435,55	339,30	13	215,42
21	446	Traumatismi, età < 18 anni	M		A1	1.309,13	220,00	124,47	982,41	378,63	4	296,70
					A2	1.271,00	220,00	124,47	953,80	367,61	4	296,70
					B	1.207,45	220,00	124,47	906,11	348,66	4	296,70
					C	1.143,90	220,00	124,47	858,42	330,85	4	296,70

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
21	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	M		A1	1.446,21	220,00	124,47	1.085,29	341,20	12	274,98
					A2	1.404,09	220,00	124,47	1.053,68	331,27	12	274,98
					B	1.333,80	220,00	124,47	1.000,93	314,46	12	274,98
					C	1.333,80	220,00	124,47	1.000,93	314,46	12	274,98
					A1	979,53	220,00	124,47	735,06	247,40	4	278,89
					A2	951,00	220,00	124,47	713,66	240,20	4	278,89
21	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	M		B	903,45	220,00	124,47	677,98	228,00	4	278,89
					C	855,90	220,00	124,47	642,29	216,18	4	278,89
					A1	2.483,81	220,00	124,47	1.863,93	385,03	15	264,97
21	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	M		A2	2.411,47	220,00	124,47	1.809,65	373,82	15	264,97
					B	2.290,83	220,00	124,47	1.719,13	354,36	15	264,97
					C	2.170,26	220,00	124,47	1.628,65	335,70	15	264,97
21	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	M		A1	1.310,03	220,00	124,47	983,09	306,78	12	258,84
					A2	1.271,88	220,00	124,47	954,46	297,85	12	258,84
					B	1.208,21	220,00	124,47	906,68	282,16	12	258,84
					C	1.170,06	220,00	124,47	878,05	273,24	12	258,84
					A1	1.087,68	220,00	124,47	816,23	339,94	4	282,23
					A2	1.056,00	220,00	124,47	792,46	330,04	4	282,23
21	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	M		B	1.003,20	220,00	124,47	752,84	313,50	4	282,23
					C	950,40	220,00	124,47	713,21	297,04	4	282,23
					A1	3.381,34	220,00	124,47	2.537,48	581,21	16	202,62
21	452	Complicazioni di trattamenti con CC	M		A2	3.282,86	220,00	124,47	2.463,58	564,29	16	202,62
					B	3.118,66	220,00	124,47	2.340,36	535,80	16	202,62
					C	2.954,52	220,00	124,47	2.217,18	507,60	16	202,62
21	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	M		A1	1.785,31	220,00	124,47	1.339,76	387,99	12	179,79
					A2	1.733,32	220,00	124,47	1.300,74	376,69	12	179,79
					B	1.646,64	220,00	124,47	1.235,70	357,20	12	179,79
					C	1.559,97	220,00	124,47	1.170,66	338,40	12	179,79
					A1	2.670,42	220,00	124,47	2.003,97	425,58	15	291,68
					A2	2.592,65	220,00	124,47	1.945,61	413,19	15	291,68
21	454	Altre diagnosi di traumasmi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	M		B	2.462,97	220,00	124,47	1.848,30	392,36	15	291,68
					C	2.385,19	220,00	124,47	1.789,93	379,96	15	291,68
					A1	1.754,65	220,00	124,47	1.316,77	416,00	9	153,08
21	455	Altre diagnosi di traumasmi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	M		A2	1.703,55	220,00	124,47	1.278,42	403,89	9	153,08
					B	1.618,33	220,00	124,47	1.214,47	382,86	9	153,08
					C	1.533,15	220,00	124,47	1.150,55	362,70	9	153,08
					A1	5.071,77	2.613,11	2.613,11	2.613,11	2.129,08	9	230,46
					A2	4.924,05	2.537,00	2.537,00	2.537,00	2.067,07	9	230,46
					B	4.677,80	2.410,15	2.410,15	2.410,15	1.963,66	9	230,46
23	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C			4.431,60	2.283,30	2.283,30	2.283,30	1.860,30	9	230,46

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
23	462	Riabilitazione	M		A1	2.001,29	220,00	124,47	1.501,83	426,00	70	98,52
					A2	1.943,00	220,00	124,47	1.458,09	413,60	70	98,52
					B	1.845,85	220,00	124,47	1.385,19	392,36	70	98,52
					C	1.845,85	220,00	124,47	1.385,19	392,36	70	98,52
					A1	2.955,74	220,00	124,47	2.218,09	329,46	21	160,31
					A2	2.869,66	220,00	124,47	2.153,49	319,87	21	160,31
					B	2.726,12	220,00	124,47	2.045,77	303,06	21	160,31
					C	2.582,64	220,00	124,47	1.938,10	287,10	21	160,31
23	463	Segni e sintomi con CC	M		A1	1.800,69	220,00	124,47	1.351,30	326,13	14	148,07
					A2	1.748,25	220,00	124,47	1.311,95	316,64	14	148,07
					B	1.660,79	220,00	124,47	1.246,32	300,20	14	148,07
					C	1.573,38	220,00	124,47	1.180,72	284,40	14	148,07
23	464	Segni e sintomi senza CC	M		A1	879,38	220,00	124,47	659,91	867,64	7	215,99
					A2	853,77	220,00	124,47	640,69	842,37	7	215,99
					B	811,02	220,00	124,47	608,61	799,90	7	215,99
					C	768,39	220,00	124,47	576,62	758,13	7	215,99
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	potenzialmente inappropriato	A1	889,24	220,00	124,47	667,30	521,06	9	187,59
					A2	863,34	220,00	124,47	647,87	505,89	9	187,59
					B	820,14	220,00	124,47	615,45	479,76	9	187,59
					C	820,14	220,00	124,47	615,45	479,76	9	187,59
					A1	671,58	220,00	124,47	77,25	272,90	12	150,01
					A2	652,02	220,00	124,47	75,00	264,96	12	150,01
					B	619,40	220,00	124,47	71,25	250,80	12	150,01
					C	619,40	220,00	124,47	71,25	250,80	12	150,01
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	potenzialmente inappropriato	A1	10.462,36	3.572,00	3.572,00	3.572,00	2.815,29	44	298,38
					A2	10.157,64	3.467,97	3.467,97	3.467,97	2.733,30	44	298,38
					B	9.649,72	3.294,51	3.294,51	3.294,51	2.596,36	44	298,38
					C	9.141,84	3.121,11	3.121,11	3.121,11	2.459,70	44	298,38
NA	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	C		A1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					A2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					A1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					A2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	NA		A1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	NA		A1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
8	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	C	alta complessità	A1	13.641,27	10.912,97	10.912,97	10.912,97	7.041,97	25	231,57
					A2	13.243,96	10.595,12	10.595,12	10.595,12	6.836,87	25	231,57
					B	12.581,71	10.065,36	10.065,36	10.065,36	6.494,20	25	231,57
					C	11.919,51	9.535,61	9.535,61	9.535,61	6.152,40	25	231,57

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.

A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
17	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	M	alta complessità	A1	16.564,65	220,00	124,47	12.430,67	3.559,73	64	619,57
					A2	16.082,19	220,00	124,47	12.068,62	3.465,05	64	619,57
					B	15.278,00	220,00	124,47	11.465,12	3.283,20	64	619,57
NA	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	C		C	14.473,89	220,00	124,47	10.861,70	3.110,40	64	619,57
					A1	7.590,47	2.570,51	2.570,51	2.495,65	1.959,78	33	252,73
					A2	7.369,39	2.495,65	2.495,65	2.495,65	1.902,70	33	252,73
NA	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	C		B	7.000,84	2.370,82	2.370,82	2.370,82	1.806,90	33	252,73
					C	6.632,37	2.246,04	2.246,04	2.246,04	1.711,80	33	252,73
					A1	5.327,45	1.988,79	1.988,79	1.988,79	1.579,00	30	206,51
5	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	C		A2	5.172,29	1.930,87	1.930,87	1.930,87	1.533,01	30	206,51
					B	4.913,59	1.834,26	1.834,26	1.834,26	1.456,36	30	206,51
					C	4.654,98	1.737,72	1.737,72	1.737,72	1.379,70	30	206,51
Pre	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	C	alta complessità	A1	4.884,74	2.325,80	2.325,80	2.325,80	1.851,09	14	217,64
					A2	4.742,47	2.258,06	2.258,06	2.258,06	1.851,09	14	217,64
					B	4.505,28	2.145,10	2.145,10	2.145,10	1.758,46	14	217,64
Pre	481	Trapianto di midollo osseo	C	alta complessità	C	4.268,16	2.032,20	2.032,20	2.032,20	1.665,90	14	217,64
					A1	64.527,18	0,00	0,00	0,00	0,00	67	901,31
					A2	62.647,75	0,00	0,00	0,00	0,00	67	901,31
Pre	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	C	alta complessità	B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	67	0,00
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	67	0,00
					A1	12.247,94	9.798,34	9.798,34	9.798,34	2.287,68	53	239,91
Pre	484	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	C	alta complessità	A2	11.891,21	9.512,96	9.512,96	9.512,96	2.221,05	53	239,91
					B	11.296,64	9.037,31	9.037,31	9.037,31	2.109,96	53	239,91
					C	10.702,08	8.561,66	8.561,66	8.561,66	1.998,90	53	239,91
24	484	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	C	alta complessità	A1	22.872,38	18.297,90	18.297,90	18.297,90	6.075,75	36	516,58
					A2	22.206,20	17.764,96	17.764,96	17.764,96	5.898,79	36	516,58
					B	21.095,89	16.876,71	16.876,71	16.876,71	5.603,10	36	516,58
24	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti	C	alta complessità	C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36	0,00
					A1	20.137,41	16.109,84	16.109,84	16.109,84	5.282,95	38	336,77
					A2	19.550,89	15.640,63	15.640,63	15.640,63	5.129,08	38	336,77
24	486	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti	C	alta complessità	B	18.573,26	14.858,60	14.858,60	14.858,60	4.872,56	38	336,77
					C	17.595,72	14.076,57	14.076,57	14.076,57	4.616,10	38	336,77
					A1	19.867,77	15.894,22	15.894,22	15.894,22	4.573,36	41	364,06
24	486	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti	C	alta complessità	A2	19.289,10	15.431,29	15.431,29	15.431,29	4.440,16	41	364,06
					B	18.324,65	14.659,72	14.659,72	14.659,72	4.218,00	41	364,06
					C	17.360,19	13.888,16	13.888,16	13.888,16	3.996,00	41	364,06

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 gg o Trasferito altro ospedale 1 gg	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
24	487	Altri traumi multipli rilevanti	M	alta complessità	A1	5.726,27	220,00	124,47	4.297,19	697,81	19	359,04
					A2	5.556,49	220,00	124,47	4.172,03	677,49	19	359,04
					B	5.281,43	220,00	124,47	3.963,37	643,16	19	359,04
25	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	C	alta complessità	C	5.114,65	220,00	124,47	3.838,21	622,84	19	359,04
					A1	28.230,91	22.584,67	22.584,67	22.584,67	4.269,83	78	212,65
					A2	27.408,66	21.926,87	21.926,87	21.926,87	4.145,47	78	212,65
25	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	M	alta complessità	B	26.038,17	20.830,53	20.830,53	20.830,53	3.937,76	78	212,65
					C	24.667,74	19.734,18	19.734,18	19.734,18	3.730,50	78	212,65
					A1	8.432,02	220,00	124,47	6.327,66	624,88	47	189,26
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	M	potenzialmente inappropriato	A2	8.186,43	220,00	124,47	6.143,36	606,68	47	189,26
					B	7.777,08	220,00	124,47	5.836,18	575,70	47	189,26
					C	7.367,76	220,00	124,47	5.529,01	545,40	47	189,26
25	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimplanti di arti superiori	C	alta complessità	A1	2.531,42	220,00	124,47	1.899,65	547,62	21	216,54
					A2	2.457,69	220,00	124,47	1.844,33	531,67	21	216,54
					B	2.334,72	220,00	124,47	1.752,05	504,46	21	216,54
17	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	M		C	2.334,72	220,00	124,47	1.752,05	504,46	21	216,54
					A1	8.822,28	7.057,82	7.057,82	7.057,82	3.279,85	11	191,48
					A2	8.565,33	6.852,26	6.852,26	6.852,26	3.184,33	11	191,48
8	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	B	8.137,04	6.509,64	6.509,64	6.509,64	3.024,80	11	191,48
					C	7.708,77	6.167,03	6.167,03	6.167,03	2.865,60	11	191,48
					A1	6.773,28	220,00	vedi testo	vedi testo	1.014,53	20	251,60
7	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	A2	6.576,00	220,00	vedi testo	vedi testo	984,99	20	251,60
					B	6.247,20	220,00	vedi testo	vedi testo	934,80	20	251,60
					C	5.918,40	220,00	vedi testo	vedi testo	886,49	20	251,60
7	495	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	alta complessità	A1	5.556,40	1.501,29	1.501,29	1.501,29	1.540,83	25	216,54
					A2	5.397,48	1.457,57	1.457,57	1.457,57	1.495,96	25	216,54
					B	5.127,53	1.384,63	1.384,63	1.384,63	1.420,26	25	216,54
7	496	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	alta complessità	C	4.857,66	1.311,75	1.311,75	1.311,75	1.345,50	25	216,54
					A1	2.918,78	1.501,29	1.501,29	1.501,29	1.246,42	7	209,86
					A2	2.833,77	1.457,57	1.457,57	1.457,57	1.210,12	7	209,86
Pre	495	Trapianto di polmone	C	alta complessità	B	2.692,02	1.384,63	1.384,63	1.384,63	1.149,50	7	209,86
					C	2.550,33	1.311,75	1.311,75	1.311,75	1.089,00	7	209,86
					A1	74.749,45	0,00	0,00	0,00	0,00		
8	496	Artrosi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	alta complessità	A2	72.572,29	0,00	0,00	0,00	0,00		
					B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
					C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
8	496	Artrosi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	alta complessità	A1	20.314,33	6.608,14	6.608,14	6.608,14	8.427,48	10	212,08
					A2	19.722,66	6.415,67	6.415,67	6.415,67	8.182,02	10	212,08
					B	18.736,47	6.094,89	6.094,89	6.094,89	7.772,90	10	212,08
8	496	Artrosi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	alta complessità	C	17.750,34	5.774,11	5.774,11	5.774,11	7.363,80	10	212,08

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
8	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	C	alta complessità	A1	15.521,30	6.253,41	6.253,41	6.253,41	6.798,07	21	212,08
					A2	15.069,23	6.071,28	6.071,28	6.071,28	6.600,07	21	212,08
					B	14.315,74	5.767,72	5.767,72	5.767,72	6.270,00	21	212,08
8	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	alta complessità	C	13.562,28	5.464,16	5.464,16	5.464,16	5.940,00	21	212,08
					A1	12.747,01	10.197,57	10.197,57	10.197,57	6.665,97	13	160,86
					A2	12.375,74	9.900,56	9.900,56	9.900,56	6.471,82	13	160,86
8	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	C	alta complessità	B	11.756,92	9.405,53	9.405,53	9.405,53	6.147,46	13	160,86
					C	8.662,99	6.930,39	6.930,39	6.930,39	4.529,70	13	160,86
					A1	6.537,91	1.827,93	1.827,93	1.827,93	1.711,74	18	212,08
8	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	alta complessità	A2	6.347,49	1.774,69	1.774,69	1.774,69	1.661,89	18	212,08
					B	6.030,03	1.685,87	1.685,87	1.685,87	1.577,96	18	212,08
					C	5.712,66	1.597,14	1.597,14	1.597,14	1.494,90	18	212,08
8	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	C		A1	3.782,41	1.827,93	1.827,93	1.827,93	1.500,43	7	160,86
					A2	3.672,25	1.774,69	1.774,69	1.774,69	1.456,73	7	160,86
					B	3.488,59	1.685,87	1.685,87	1.685,87	1.383,20	7	160,86
8	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	C		C	3.304,98	1.597,14	1.597,14	1.597,14	1.310,40	7	160,86
					A1	9.883,00	5.092,65	5.092,65	5.092,65	2.172,60	16	203,82
					A2	9.595,15	4.944,33	4.944,33	4.944,33	2.109,33	16	203,82
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	potenzialmente inappropriato	B	9.115,35	4.697,11	4.697,11	4.697,11	2.003,56	16	203,82
					C	8.635,59	4.449,89	4.449,89	4.449,89	1.898,10	16	203,82
					A1	5.338,09	2.103,56	2.103,56	2.103,56	1.369,56	24	188,31
8	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	C	alta complessità	A2	5.182,62	2.042,30	2.042,30	2.042,30	1.329,67	24	188,31
					B	4.923,47	1.940,19	1.940,19	1.940,19	1.262,56	24	188,31
					C	4.767,99	1.878,92	1.878,92	1.878,92	1.222,68	24	188,31
8	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	C	alta complessità	A1	2.614,82	2.091,65	2.091,65	2.091,65	2.154,39	4	188,31
					A2	2.614,82	2.091,65	2.091,65	2.091,65	2.091,65	4	188,31
					B	2.481,48	1.985,18	1.985,18	1.985,18	1.985,18	4	188,31
22	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	C	alta complessità	C	2.481,48	1.985,18	1.985,18	1.985,18	1.985,18	4	188,31
					A1	50.497,23	40.397,74	40.397,74	40.397,74	0,00	42	323,98
					A2	49.026,44	39.221,11	39.221,11	39.221,11	0,00	42	323,98
22	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	M	alta complessità	B	46.575,08	37.260,06	37.260,06	37.260,06		42	323,98
					C	44.123,76	35.299,00	35.299,00	35.299,00		42	323,98
					A1	11.159,62	220,00	124,47	5.166,68	1.488,95	18	269,98
22	506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	alta complessità	A2	10.834,59	220,00	124,47	5.016,20	1.445,59	18	269,98
					B	10.292,78	220,00	124,47	4.765,36	1.372,76	18	269,98
					C	9.751,05	220,00	124,47	4.514,55	1.300,50	18	269,98
22	506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	alta complessità	A1	16.988,58	13.590,80	13.590,80	13.590,80	1.827,22	48	309,50
					A2	16.493,77	13.194,96	13.194,96	13.194,96	1.774,00	48	309,50
					B	15.669,02	12.535,21	12.535,21	12.535,21	1.685,30	48	309,50
					C	14.844,39	11.875,46	11.875,46	11.875,46	1.596,60	48	309,50

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 gg. o Traslento altro ospedale 1 gg.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
22	507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	C	alta complessità	A1	8.673,79	1.532,45	1.532,45	1.532,45	1.576,46	31	309,50
					A2	8.421,16	1.487,82	1.487,82	1.487,82	1.530,55	31	309,50
					B	8.000,05	1.413,41	1.413,41	1.413,41	1.453,50	31	309,50
22	508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	M	alta complessità	C	7.578,99	1.339,02	1.339,02	1.339,02	1.377,00	31	309,50
					A1	6.000,25	220,00	124,47	2.666,27	480,36	30	174,79
					A2	5.825,49	220,00	124,47	2.588,62	466,37	30	174,79
22	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	M	alta complessità	B	5.534,13	220,00	124,47	2.459,15	442,70	30	174,79
					C	5.242,86	220,00	124,47	2.329,73	419,40	30	174,79
					A1	3.537,76	220,00	124,47	2.805,88	447,26	23	174,79
22	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	M	alta complessità	A2	4.228,15	220,00	124,47	1.780,77	531,65	20	174,79
					B	4.016,70	220,00	124,47	1.691,72	504,46	20	174,79
					C	3.805,34	220,00	124,47	1.602,69	478,49	20	174,79
22	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	M	alta complessità	A1	2.380,11	220,00	124,47	1.791,31	367,81	12	174,79
					A2	2.310,79	220,00	124,47	1.739,14	357,10	12	174,79
					B	2.195,17	220,00	124,47	1.652,12	339,16	12	174,79
Pre	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	C	alta complessità	C	2.195,17	220,00	124,47	1.652,12	339,16	12	174,79
					A1	69.759,94	0,00	0,00	0,00	0,00	68	789,53
					A2	67.728,10	0,00	0,00	0,00	0,00	68	789,53
Pre	513	Trapianto di pancreas	C	alta complessità	B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	68	0,00
					A1	63.294,27	0,00	0,00	0,00	0,00	53	286,67
					A2	61.450,75	0,00	0,00	0,00	0,00	53	286,67
5	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	C	alta complessità	B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53	0,00
					A1	17.069,89	10.246,92	10.246,92	10.246,92	10.243,57	13	337,33
					A2	16.572,71	9.948,47	9.948,47	9.948,47	9.945,22	13	337,33
5	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	alta complessità	B	15.744,07	9.450,98	9.450,98	9.450,98	9.447,76	13	337,33
					C	14.915,43	8.953,56	8.953,56	8.953,56	8.950,50	13	337,33
					A1	4.081,36	2.663,96	2.663,96	2.663,96	2.228,33	4	376,86
8	519	Atrodesi vertebrale cervicale con CC	C	alta complessità	A2	3.962,49	2.586,37	2.586,37	2.586,37	2.163,43	4	376,86
					B	3.764,28	2.456,99	2.456,99	2.456,99	2.054,86	4	376,86
					C	3.566,24	2.327,73	2.327,73	2.327,73	1.947,09	4	376,86
8	519	Atrodesi vertebrale cervicale con CC	C	alta complessità	A1	13.135,28	5.292,11	5.292,11	5.292,11	3.913,68	31	212,08
					A2	12.752,70	5.137,98	5.137,98	5.137,98	3.799,69	31	212,08
					B	12.115,07	4.881,08	4.881,08	4.881,08	3.609,06	31	212,08
8	519	Atrodesi vertebrale cervicale con CC	C	alta complessità	C	11.477,43	4.624,18	4.624,18	4.624,18	3.419,10	31	212,08

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 gg o Trasferito altro ospedale 1 gg	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die	
8	520	Artrodesi vertebrali cervicale senza CC	C	alta complessità	A1	8.153,53	3.278,59	3.278,59	3.183,10	3.183,10	3.180,47	8	160,86
					A2	7.916,05	3.183,10	3.183,10	3.087,84	3.087,84	8	160,86	
					B	7.520,20	3.023,95	3.023,95	2.932,66	2.932,66	8	160,86	
					C	7.124,40	2.864,79	2.864,79	2.864,79	2.778,30	8	160,86	
					A1	2.810,20	1.451,29	1.451,29	1.451,31	312,82	14	207,08	
					A2	2.728,35	1.409,02	1.409,02	1.409,04	303,71	14	207,08	
20	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	M		B	2.591,89	1.338,57	1.338,57	1.338,57	287,86	14	207,08	
					C	2.591,89	1.338,57	1.338,57	1.338,57	287,86	14	207,08	
					A1	2.968,68	2.458,02	2.458,02	2.458,04	223,18	21	96,86	
20	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	M		A2	2.882,22	2.386,43	2.386,43	2.386,45	216,68	21	96,86	
					B	2.738,09	2.267,11	2.267,11	2.267,11	205,20	21	96,86	
					C	2.651,62	2.200,84	2.200,84	2.200,84	198,72	21	96,86	
20	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	M		A1	1.478,81	1.109,72	1.109,72	1.109,74	249,81	13	206,51	
					A2	1.435,74	1.077,40	1.077,40	1.077,42	242,54	13	206,51	
					B	1.363,92	1.023,53	1.023,53	1.023,53	229,90	13	206,51	
					C	1.320,84	990,63	990,63	990,63	222,64	13	206,51	
					A1	2.619,33	220,00	124,47	2.095,46	393,36	14	213,19	
					A2	2.543,04	220,00	124,47	2.034,43	381,91	14	213,19	
1	524	Ischemia cerebrale transitoria	M		B	2.415,85	220,00	124,47	1.932,68	361,96	14	213,19	
					C	2.288,70	220,00	124,47	1.830,96	342,90	14	213,19	
					A1	54.870,03	43.895,96	43.895,96	43.895,96	20.645,34	40	727,01	
5	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	C	alta complessità	A2	53.271,88	42.617,44	42.617,44	42.617,44	20.044,02	40	727,01	
					B	50.608,21	40.486,57	40.486,57	40.486,57	19.041,80	40	727,01	
					C	47.944,62	38.355,70	38.355,70	38.355,70	18.039,60	40	727,01	
1	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	C	alta complessità	A1	26.586,64	21.269,24	21.269,24	21.269,24	5.620,98	33	278,33	
					A2	25.812,28	20.649,75	20.649,75	20.649,75	5.457,27	33	278,33	
					B	24.521,59	19.617,26	19.617,26	19.617,26	5.184,16	33	278,33	
					C	23.230,98	18.584,77	18.584,77	18.584,77	4.911,30	33	278,33	
					A1	13.277,66	10.622,10	10.622,10	10.622,10	2.418,27	64	278,33	
					A2	12.890,94	10.312,72	10.312,72	10.312,72	2.347,84	64	278,33	
1	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	C	alta complessità	B	12.246,56	9.797,09	9.797,09	9.797,09	2.229,66	64	278,33	
					C	11.601,81	9.281,45	9.281,45	9.281,45	2.112,30	64	278,33	
					A1	8.050,79	6.440,63	6.440,63	6.440,63	2.110,03	22	278,33	
1	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	C	alta complessità	A2	7.816,31	6.253,04	6.253,04	6.253,04	2.048,58	22	278,33	
					B	7.425,49	5.940,39	5.940,39	5.940,39	1.945,60	22	278,33	
					C	7.034,67	5.627,73	5.627,73	5.627,73	1.843,20	22	278,33	
					A1	15.078,12	2.865,85	2.865,85	2.865,85	4.521,03	48	177,01	
					A2	14.638,96	2.782,38	2.782,38	2.782,38	4.389,35	48	177,01	
					B	13.906,96	2.643,19	2.643,19	2.643,19	4.169,56	48	177,01	
1	531	Interventi sul midollo spinale con CC	C	alta complessità	C	13.175,01	2.504,07	2.504,07	2.504,07	3.950,10	48	177,01	

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
1	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	C	alta complessità	A1	8.665,51	2.865,85	2.865,85	2.865,85	2.755,44	18	177,01
					A2	8.413,12	2.782,38	2.782,38	2.782,38	2.675,19	18	177,01
					B	7.992,45	2.643,19	2.643,19	2.643,19	2.541,26	18	177,01
1	533	Interventi vascolari extracranici con CC	C	alta complessità	C	7.571,79	2.504,07	2.504,07	2.504,07	2.407,50	18	177,01
					A1	4.950,62	1.785,81	1.785,81	1.785,81	1.613,46	13	282,78
					A2	4.806,43	1.733,80	1.733,80	1.733,80	1.566,47	13	282,78
1	534	Interventi vascolari extracranici senza CC	C	alta complessità	B	4.566,08	1.647,11	1.647,11	1.647,11	1.487,70	13	282,78
					C	4.421,89	1.595,10	1.595,10	1.595,10	1.440,72	13	282,78
					A1	4.242,44	1.785,81	1.785,81	1.785,81	1.487,16	5	282,78
5	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	C	alta complessità	A2	4.118,88	1.733,80	1.733,80	1.733,80	1.443,85	5	282,78
					B	3.912,86	1.647,11	1.647,11	1.647,11	1.370,86	5	282,78
					C	3.789,30	1.595,10	1.595,10	1.595,10	1.327,56	5	282,78
5	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	C	alta complessità	A1	24.821,35	19.857,08	19.857,08	19.857,08	11.079,89	36	727,01
					A2	24.098,40	19.278,72	19.278,72	19.278,72	10.757,18	36	727,01
					B	22.893,48	18.314,78	18.314,78	18.314,78	10.219,16	36	727,01
8	537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	C	alta complessità	C	21.688,56	17.350,84	17.350,84	17.350,84	9.681,30	36	727,01
					A1	22.826,66	17.826,07	17.826,07	17.826,07	10.667,41	27	727,01
					A2	21.633,66	17.306,87	17.306,87	17.306,87	10.356,71	27	727,01
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	alta complessità	B	20.551,92	16.441,53	16.441,53	16.441,53	9.836,20	27	727,01
					C	19.470,24	15.576,19	15.576,19	15.576,19	9.320,40	27	727,01
					A1	5.786,99	1.810,52	1.810,52	1.810,52	1.803,62	18	248,27
8	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	C	alta complessità	A2	5.618,44	1.757,79	1.757,79	1.757,79	1.751,09	18	248,27
					B	5.337,48	1.669,82	1.669,82	1.669,82	1.663,46	18	248,27
					C	5.168,93	1.617,08	1.617,08	1.617,08	1.610,92	18	248,27
8	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	C	alta complessità	A1	1.700,10	1.810,52	1.810,52	1.810,52	908,19	7	248,27
					A2	1.650,59	1.757,79	1.757,79	1.757,79	881,74	7	248,27
					B	1.567,98	1.669,82	1.669,82	1.669,82	836,96	7	248,27
17	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	C	alta complessità	C	1.567,98	1.669,82	1.669,82	1.669,82	836,96	7	248,27
					A1	13.668,89	10.935,05	10.935,05	10.935,05	3.201,31	38	328,99
					A2	13.270,77	10.616,56	10.616,56	10.616,56	3.108,07	38	328,99
17	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	C	alta complessità	B	12.607,17	10.085,73	10.085,73	10.085,73	2.962,60	38	328,99
					C	11.943,63	9.554,90	9.554,90	9.554,90	2.797,20	38	328,99
					A1	5.012,51	2.068,99	2.068,99	2.068,99	1.684,90	13	328,99
Pre	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	C	alta complessità	A2	4.866,52	2.008,73	2.008,73	2.008,73	1.635,83	13	328,99
					B	4.623,18	1.908,27	1.908,27	1.908,27	1.553,26	13	328,99
					C	4.623,18	1.908,27	1.908,27	1.908,27	1.553,26	13	328,99
					A1	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	8.514,05	97	526,61
					A2	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	8.266,07	97	526,61
					B	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	7.852,70	97	526,61
					C	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	7.604,72	97	526,61

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasmesso altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
Pre	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	C	alta complessità	A1	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	3.122,87	89	526,61
					A2	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	3.031,92	89	526,61
					B	vedi testo	vedi testo	0,00	0,00	2.879,46	89	526,61
1	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	C	alta complessità	A1	17.280,55	13.824,41	13.824,41	13.824,41	2.986,43	38	278,33
					A2	16.777,24	13.421,76	13.421,76	13.421,76	2.898,48	38	278,33
					B	15.938,34	12.750,67	12.750,67	12.750,67	2.753,10	38	278,33
8	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	alta complessità	C	15.099,48	12.079,58	12.079,58	12.079,58	2.608,20	38	278,33
					A1	10.079,43	8.063,54	8.063,54	8.063,54	8.305,44	15	204,85
					A2	10.079,43	8.063,54	8.063,54	8.063,54	8.063,54	15	204,85
8	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	C	alta complessità	C	9.563,37	7.650,69	7.650,69	7.650,69	7.650,69	15	204,85
					A1	11.486,54	9.189,24	9.189,24	9.189,24	4.701,58	23	204,85
					A2	11.152,08	8.921,60	8.921,60	8.921,60	4.564,65	23	204,85
8	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	C	alta complessità	C	10.259,84	8.207,87	8.207,87	8.207,87	4.198,88	23	204,85
					A1	20.131,07	16.104,83	16.104,83	16.104,83	9.672,44	18	212,08
					A2	19.544,73	15.635,76	15.635,76	15.635,76	9.390,72	18	212,08
5	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	18.567,47	14.853,97	14.853,97	14.853,97	8.920,50	18	212,08
					A2	17.590,23	14.072,18	14.072,18	14.072,18	8.451,00	18	212,08
					B	22.788,90	18.231,08	18.231,08	18.231,08	5.664,32	41	705,30
5	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	19.912,59	15.930,07	15.930,07	15.930,07	4.949,10	41	705,30
					A2	19.685,29	15.748,20	15.748,20	15.748,20	5.287,37	28	705,30
					B	19.111,54	15.289,52	15.289,52	15.289,52	5.133,37	28	705,30
5	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	21.018,85	16.815,07	16.815,07	16.815,07	5.224,06	41	705,30
					A2	19.912,59	15.930,07	15.930,07	15.930,07	4.949,10	41	705,30
					B	17.200,71	13.760,57	13.760,57	13.760,57	4.619,70	28	705,30
5	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	18.698,43	14.958,72	14.958,72	14.958,72	4.884,02	24	307,27
					A2	18.153,82	14.523,03	14.523,03	14.523,03	4.741,77	24	307,27
					B	17.246,11	13.796,88	13.796,88	13.796,88	4.503,96	24	307,27
5	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di generatore di impulsi	C	alta complessità	A1	16.338,42	13.070,73	13.070,73	13.070,73	4.266,90	24	307,27
					A2	15.113,79	12.090,96	12.090,96	12.090,96	4.204,83	19	307,27
					B	14.673,59	11.738,80	11.738,80	11.738,80	4.082,36	19	307,27
5	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di generatore di impulsi	C	alta complessità	A1	13.939,83	11.151,86	11.151,86	11.151,86	3.877,90	19	307,27
					A2	13.206,15	10.564,92	10.564,92	10.564,92	3.714,16	19	307,27
					B	9.665,68	3.763,03	3.763,03	3.763,03	3.614,16	23	470,94
5	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di generatore di impulsi	C	alta complessità	A1	9.384,16	3.653,43	3.653,43	3.653,43	3.605,99	23	470,94
					A2	8.914,90	3.470,73	3.470,73	3.470,73	3.424,76	23	470,94
					B	8.445,74	3.288,09	3.288,09	3.288,09	3.245,39	23	470,94

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Traslento altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
5	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	4.898,70	2.583,72	2.583,72	2.583,72	2.154,06	13	390,22
					A2	4.756,02	2.508,47	2.508,47	2.508,47	2.091,33	13	390,22
					B	4.518,20	2.382,98	2.382,98	2.382,98	1.986,46	13	390,22
5	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	C		C	4.280,42	2.257,62	2.257,62	2.257,62	1.882,20	13	390,22
					A1	9.309,65	3.548,11	3.548,11	3.548,11	2.682,40	42	243,25
					A2	9.038,50	3.444,77	3.444,77	3.444,77	2.604,28	42	243,25
5	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C		C	8.134,65	3.100,23	3.100,23	3.100,23	2.343,60	42	243,25
					A1	7.358,21	2.821,97	2.821,97	2.821,97	2.212,90	25	243,25
					A2	7.143,90	2.739,78	2.739,78	2.739,78	2.148,45	25	243,25
5	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	B	6.786,71	2.602,72	2.602,72	2.602,72	2.040,60	25	243,25
					C	6.429,51	2.465,73	2.465,73	2.465,73	1.933,20	25	243,25
					A1	6.393,09	2.546,83	2.546,83	2.546,83	2.123,82	16	376,86
5	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A2	6.206,89	2.472,66	2.472,66	2.472,66	2.061,97	16	376,86
					B	5.896,46	2.348,97	2.348,97	2.348,97	1.957,96	16	376,86
					C	5.586,20	2.225,39	2.225,39	2.225,39	1.856,77	16	376,86
5	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	A1	4.889,01	3.059,52	3.059,52	3.059,52	2.553,81	12	376,86
					A2	4.746,62	2.970,41	2.970,41	2.970,41	2.479,43	12	376,86
					B	4.509,27	2.821,88	2.821,88	2.821,88	2.355,06	12	376,86
5	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	alta complessità	C	4.271,96	2.673,37	2.673,37	2.673,37	2.231,49	12	376,86
					A1	8.372,14	5.047,96	5.047,96	5.047,96	4.220,98	11	376,86
					A2	8.128,30	4.900,94	4.900,94	4.900,94	4.098,04	11	376,86
5	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	M		B	7.721,89	4.655,86	4.655,86	4.655,86	3.893,10	11	376,86
					C	7.315,47	4.410,85	4.410,85	4.410,85	3.688,24	11	376,86
					A1	6.626,94	5.064,69	5.064,69	5.064,69	4.224,41	9	376,86
5	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	M		A2	6.433,93	4.917,18	4.917,18	4.917,18	4.101,37	9	376,86
					B	6.112,21	4.671,25	4.671,25	4.671,25	3.895,96	9	376,86
					C	5.790,54	4.425,46	4.425,46	4.425,46	3.691,23	9	376,86
1	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	M		A1	6.254,79	2.200,00	124,47	5.003,83	625,99	18	211,53
					A2	6.072,62	2.200,00	124,47	4.858,09	607,76	18	211,53
					B	5.768,97	2.200,00	124,47	4.615,17	576,66	18	211,53
1	562	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	M		C	5.465,34	2.200,00	124,47	4.372,27	546,30	18	211,53
					A1	8.309,11	2.200,00	124,47	6.647,29	672,75	38	197,05
					A2	8.067,10	2.200,00	124,47	6.453,68	653,16	38	197,05
1	563	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	M		B	7.663,75	2.200,00	124,47	6.131,00	620,36	38	197,05
					C	7.260,39	2.200,00	124,47	5.808,32	587,70	38	197,05
					A1	6.239,49	2.200,00	124,47	4.991,59	532,37	27	197,05
1	564	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	M		A2	6.057,76	2.200,00	124,47	4.846,21	516,87	27	197,05
					B	5.754,82	2.200,00	124,47	4.603,85	490,20	27	197,05
					C	5.451,93	2.200,00	124,47	4.361,55	464,40	27	197,05

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

## Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
1	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	M		A1	3.289,17	220,00	124,47	2.631,33	469,13	21	225,18
					A2	3.124,65	220,00	124,47	2.499,71	432,26	21	225,18
					B	2.960,19	220,00	124,47	2.368,15	409,50	21	225,18
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.228,73	220,00	124,47	954,36	463,12	15	161,18
					A2	1.192,95	220,00	124,47	906,60	449,64	15	161,18
					B	1.133,26	220,00	124,47	906,60	426,56	15	161,18
1	564	Cetalea, età > 17 anni	M	potenzialmente inappropriato	C	1.133,26	220,00	124,47	906,60	426,56	15	161,18
					A1	1.680,19	220,00	124,47	1.344,15	330,40	13	161,18
					A2	1.631,26	220,00	124,47	1.305,00	320,78	13	161,18
4	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita >= 96 ore	M	alta complessità	B	1.549,64	220,00	124,47	1.239,71	304,00	13	161,18
					A1	1.468,08	220,00	124,47	1.174,46	288,00	13	161,18
					A2	16.063,10	220,00	124,47	12.850,47	1.273,48	49	365,17
4	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	M		A1	15.595,25	220,00	124,47	12.476,19	1.236,39	49	365,17
					A2	14.815,44	220,00	124,47	11.852,35	1.174,20	49	365,17
					C	14.035,68	220,00	124,47	11.228,54	1.112,40	49	365,17
4	567	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	M		A1	6.966,61	220,00	124,47	5.573,27	655,78	34	365,17
					A2	6.763,70	220,00	124,47	5.410,95	636,68	34	365,17
					B	6.425,52	220,00	124,47	5.140,41	604,20	34	365,17
6	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	C		C	6.222,60	220,00	124,47	4.978,08	585,12	34	365,17
					A1	14.123,18	11.298,51	11.298,51	11.298,51	2.617,03	48	291,13
					A2	13.711,83	10.969,43	10.969,43	10.969,43	2.540,81	48	291,13
6	569	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	C		B	13.026,21	10.420,96	10.420,96	10.420,96	2.413,00	48	291,13
					A1	12.340,62	9.872,49	9.872,49	9.872,49	2.286,00	48	291,13
					A2	12.790,27	10.232,17	10.232,17	10.232,17	2.331,26	40	291,13
6	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	C	alta complessità	A1	12.417,74	9.934,15	9.934,15	9.934,15	2.263,36	40	291,13
					A2	11.796,82	9.437,45	9.437,45	9.437,45	2.149,86	40	291,13
					B	11.175,93	8.940,74	8.940,74	8.940,74	2.036,70	40	291,13
6	571	Malattie maggiori dell'esofago	M		A1	14.206,65	11.365,26	11.365,26	11.365,26	2.738,68	41	256,62
					A2	13.792,87	11.034,24	11.034,24	11.034,24	2.658,92	41	256,62
					B	13.103,16	10.482,53	10.482,53	10.482,53	2.525,10	41	256,62
6	571	Malattie maggiori dell'esofago	M		C	12.413,52	9.930,81	9.930,81	9.930,81	2.392,20	41	256,62
					A1	11.657,41	9.325,86	9.325,86	9.325,86	2.448,58	34	256,62
					A2	11.317,88	9.054,24	9.054,24	9.054,24	2.377,27	34	256,62
6	571	Malattie maggiori dell'esofago	M		B	10.751,91	8.601,53	8.601,53	8.601,53	2.258,16	34	256,62
					C	10.186,02	8.148,82	8.148,82	8.148,82	2.139,30	34	256,62
					A1	3.493,67	220,00	124,47	2.794,93	611,07	20	228,22
6	571	Malattie maggiori dell'esofago	M		A2	3.391,92	220,00	124,47	2.713,53	593,28	20	228,22
					B	3.222,31	220,00	124,47	2.577,84	563,36	20	228,22
					C	3.052,71	220,00	124,47	2.442,17	533,70	20	228,22

A1= Aziende Ospedaliere e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1



Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2013 - REGIONE EMILIA - ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
6	572	Malattie gastroentericali maggiori e infezioni peritoneali	M		A1	3.588,37	220,00	124,47	2.870,69	472,93	24	154,80
					A2	3.483,86	220,00	124,47	2.787,08	459,16	24	154,80
					B	3.309,61	220,00	124,47	2.647,69	436,06	24	154,80
	C				C	3.135,42	220,00	124,47	2.508,33	413,10	24	154,80
					A1	15.335,75	12.268,53	12.268,53	12.268,53	3.274,14	39	196,50
					A2	14.889,08	11.911,20	11.911,20	11.911,20	3.178,78	39	196,50
11	573	Interventi maggiori sulla vescica	C	alta complessità	B	14.144,55	11.315,64	11.315,64	11.315,64	3.019,10	39	196,50
					C	13.400,10	10.720,08	10.720,08	10.720,08	2.860,20	39	196,50
					A1	3.849,98	220,00	124,47	3.079,98	677,15	21	245,76
16	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	M		A2	3.737,85	220,00	124,47	2.990,28	657,43	21	245,76
					B	3.550,91	220,00	124,47	2.840,73	624,16	21	245,76
					C	3.438,78	220,00	124,47	2.751,02	604,44	21	245,76
18	575	Setticemia con ventilazione meccanica -> = 96 ore, età > 17 anni	M	alta complessità	A1	21.989,06	220,00	124,47	17.591,23	1.677,49	65	227,68
					A2	21.348,61	220,00	124,47	17.078,87	1.628,64	65	227,68
					B	20.281,17	220,00	124,47	16.224,93	1.546,60	65	227,68
	C				C	19.213,74	220,00	124,47	15.370,98	1.465,20	65	227,68
					A1	5.657,60	220,00	124,47	4.526,07	575,38	31	227,68
					A2	5.492,82	220,00	124,47	4.394,25	558,63	31	227,68
18	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M		B	5.218,16	220,00	124,47	4.174,53	530,10	31	227,68
					C	4.943,52	220,00	124,47	3.954,81	502,20	31	227,68
					A1	5.968,62	3.267,43	3.267,43	3.267,43	2.730,79	7	376,86
1	577	Inserzione di stent carotideo	C	alta complessità	A2	5.794,78	3.172,27	3.172,27	3.172,27	2.651,26	7	376,86
					B	5.504,97	3.013,59	3.013,59	3.013,59	2.518,46	7	376,86
					C	5.215,23	2.854,98	2.854,98	2.854,98	2.385,90	7	376,86
18	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	C	alta complessità	A1	18.863,51	3.534,80	3.534,80	3.534,80	2.898,37	65	287,24
					A2	18.314,09	3.431,85	3.431,85	3.431,85	2.813,96	65	287,24
					B	17.398,30	3.260,21	3.260,21	3.260,21	2.672,36	65	287,24
	C				C	16.482,60	3.088,62	3.088,62	3.088,62	2.531,70	65	287,24
					A1	9.437,61	2.243,95	2.243,95	2.243,95	1.601,60	41	287,24
					A2	9.162,73	2.178,60	2.178,60	2.178,60	1.554,96	41	287,24
18	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	C		B	8.704,57	2.069,67	2.069,67	2.069,67	1.476,30	41	287,24
					C	8.246,43	1.960,74	1.960,74	1.960,74	1.398,60	41	287,24

A1 = Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.

A2 = Altre strutture di fascia A come da allegato 1

A1= Aziende Ospedaliere Universitarie e I.O.R.  
A2= Altre strutture di fascia A come da allegato 1

Allegato 4.  
**TARIFFE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA**  
**REGIONE EMILIA-ROMAGNA - ANNO 2013**

MDC	Sede/livello Codice disciplina	Tariffa	Valore soglia in	Tariffa	Tariffa	Tariffa
		giornaliera in regime ordinario	giorni di degenza per l'abbattimento tariffario	giornaliera in DH fino a 3 accessi	giornaliera in DH oltre 3 accessi	giornaliera in DH oltre 4 accessi
<b>1 e 24</b> <b>E DRG 542</b>	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	414,41			142,82	304,19
	AS III -75 HS	365,78			117,43	252,14
	AS III -28	376,45			127,41	272,21
	RI II-56 *	308,39	50	185,02	127,41	191,12
	RI II-56 **	326,73	50	196,03	127,41	191,12
	LPA/RE I-60 *	153,41	50	122,4		
<b>4</b>	LPA/RE I-60 **	172,05	50	122,4		
	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	414,41				
	AS III -75 HS	365,78				
	AS III -28	210,54				
	RI II-56 *	211,51	21	126,9	127,41	144,79
	RI II-56 **	227,81	21	134,01	127,41	144,79
	LPA/RE I-60 *	153,41	40	122,4		
	LPA/RE I-60 **	172,05	40	122,4		
<b>5</b>	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	414,41				
	AS III -75 HS	365,78				
	AS III -28	228,08				
	RI II-56 *	230,22	15	138,13	127,41	150,58
	RI II-56 **	251,65	15	146,59	127,41	150,58
	LPA/RE I-60 *	153,41	40	122,4		
	LPA/RE I-60 **	172,05	40	122,4		
	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	414,41				
<b>8</b>	AS III -75 HS	365,78				
	AS III -28	236,2				
	RI II-56 *	238,43	30	143,04	127,41	162,17
	RI II-56 **	259,35	30	151,82	127,41	162,17
	LPA/RE I-60 *	153,41	40	122,4		
	LPA/RE I-60 **	172,05	40	122,4		
	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	414,41	30	248,65	142,82	142,82
	AS III -75 HS	365,78	30	213,47	136,82	136,82
<b>Altre MDC</b>	AS III -28	175,46	30	122,4	127,41	127,41
	RI II-56 *	180,72	30	122,4	127,41	127,41
	RI II-56 **	193,6	30	122,4	127,41	127,41
	LPA/RE I-60 *	153,41	40	122,4		
	LPA/RE I-60 **	172,05	40	122,4		

\* tariffa giornaliera per i casi che nel medesimo episodio di ricovero hanno anche la fase acuta remunerata a DRG  
 \*\* tariffa giornaliera per i casi il cui ricovero avvenga tutto in reparto 60 o in reparto 56

**Allegato 5. Importi aggiuntivi per le attività che prevedono l'impianto di protesi**

<i>Protesi</i>	<i>Diagnosi (ICD9CM2007)</i>	<i>Interventi (ICD9CM2007)</i>	<i>Importo previsto a parziale copertura costo protesi</i>	
	<i>in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i>	<i>in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i>		
Sostituzione totale o sostituzione parziale della		81.80 o 81.81	2.000,00	strutture con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	754.2 o dal (737.30 a 737.43)	dal (81.04 a 81.08)	2.324,06	strutture con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	754.2 o dal (737.30 a 737.43)	dal (81.04 a 81.08) + 78.09	2.685,58	strutture con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale <b>senza</b> innesto osseo		dal (81.01 a 81.03)	774,69	strutture con disciplina 30 'neurochirurgia'
Artrodesi vertebrale <b>con</b> innesto osseo		dal (81.01 a 81.03) + 78.09	1.187,85	strutture con disciplina 30 'neurochirurgia'
Protesi sfinteriche urinarie		58.93	4.131,65	
Protesi endoaortiche	441.xx solo se codificato in diagnosi principale	39.71 o 39.73	5.254,00	
Riparazione di difetto del setto interatriale		35.52 associato al DRG 518	7.236,00	
Stimolatore cerebrale	332.0 o 333.1 o 333.6 o dal (333.8 al 333.89)	02.93	16.010,16	Azienda Ospedaliera di Ferrara, Osp. Bellaria di Bologna, Ospedale di Baggiovara
Pompa per infusione intratecale		86.06	1.807,60	Strutture pubbliche con disciplina 49 "Terapia Intensiva"
Protesi metacarpale o metacarpofalangea		81.71 o 81.74	1.804,00 a protesi	
Protesi biliari		51.87	413,16	
Protesi mammarie e inserzione di espansore		85.95 o 85.53 o 85.54	Euro 878,00 per 85.95 o 85.53 Euro 1.317,00 per 85.54	
Neurostimolatore vagale	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	04.92 associato ai DRG 7 e 8	15.000,00	AOSP di Bologna, Ospedale Bellaria di Bologna, S. Agostini Estense
Protesi cocleare		20.96 o 20.97 o 20.98	21474,27 € a protesi	AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini, Casa di Cura "Piacenza"