

ALLEGATO 1**CRITERI, MODALITÀ DI ACCESSO E TARIFFE PER
L'ASSISTENZA SANITARIA IN FORMA INDIRETTA - ANNO 2001****PRESTAZIONI EROGABILI**

- Ricovero: i D.R.G. delle Tabelle A1 e A2 e le protesi connesse
- Parto a domicilio
- Prestazioni accessorie per uremici cronici
- Ossigenoterapia iperbarica (solo per i trattamenti ambulatoriali)
- Spese di accompagnamento

CRITERI DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA INDIRETTA

- Libera scelta del cittadino. Non occorre l'autorizzazione preventiva. Unica eccezione riguarda la domanda di rimborso delle spese di accompagnamento ; per tale situazione rimane in vigore la preventiva autorizzazione da parte del Servizio di Medicina Legale dell'A.S.L. di residenza del cittadino.
- Attività d'informazione preventiva del cittadino a carico dell'A.S.L. e della struttura privata che eroga la prestazione. A tal proposito è stato predisposto il predetto modulo B - valido soltanto per le strutture ubicate sul territorio regionale- il cui inoltro alle strutture private soggetti erogatori di assistenza sanitaria in forma indiretta, sarà a cura delle A.S.L. competenti per territorio.

La prestazione deve essere richiesta dal medico di Medicina generale, con l'eccezione :

- dei trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica che devono essere richiesti dal medico specialista ospedaliero.

Sono esclusi dall'assistenza indiretta i ricoveri e le prestazioni erogati in libera professione intra-moenia in quanto specificamente normati (Legge 448/99, DPCM 27/3/2000 e Decreto legislativo n. 229/99, D.G.R. n. 15-1851 del 28/12/2000).

EROGABILITA'

I soggetti erogatori sul territorio nazionale sono i seguenti :

- per i ricoveri, le cliniche private autorizzate per le specialità oggetto del ricovero in posti letto non definitivamente o provvisoriamente accreditati. Le strutture private dovranno essere autorizzate, per i DRG riportati in Tabella A1, nelle specialità indicate, fatta eccezione per l'oncologia. Per i ricoveri di oncologia e quelli della Tabella A2 si dovrà verificare l'autorizzazione per la specifica specialità, se necessario
- per le prestazioni ambulatoriali di ossigenoterapia, le strutture private autorizzate e non definitivamente o provvisoriamente accreditate per tale attività
- per il parto a domicilio, l'ostetrico/a iscritto/a all'albo professionale non in condizione di incompatibilità
- per l'uremia cronica : vedi capo specifico.

TARIFFE

Le tariffe di rimborso sono così definite :

Ricoveri

Per quanto concerne la tariffa base, si è ritenuto opportuno riferirsi agli importi stabiliti con D.G.R. n. 72-17930 del 1.4.1997 : "Approvazione della rivalutazione tariffaria, revisione del budget e proroga dei rapporti convenzionali correnti tra le Case di cura convenzionate con il S.S.R. per attività di degenza - anni 1995-1996 e 1997".

La tariffa base, sulla quale calcolare i rimborsi per l'assistenza in forma indiretta, è stata ottenuta abbattendo del 10% ogni singola tariffa indicata nella deliberazione citata.

Dalla tariffa base prendono origine due quote di rimborso :

- I. una quota pari al 50% della tariffa base, prevista per le prestazioni comprese nella Tabella A1, allegata e facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (nello specifico i DRG relativi a prestazioni che la Regione non ritiene di poter erogare in modo efficace, mediante l'assistenza diretta del Servizio Sanitario Regionale per la crescente domanda e quindi per i relativi tempi di attesa ulteriormente dilatati)
- II. una quota pari al 20% della tariffa base, riferita alle prestazioni comprese nella Tabella A2, anch'essa allegata e facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dalla consultazione delle tabelle, si riscontra la presenza di alcuni DRG in entrambi i prospetti. Infatti, nel caso in cui durante l'intervento venisse riscontrata la presenza di un tumore, non a priori rilevata, la quota di rimborso sarà del 50% della tariffa base, anziché del 20% originariamente prevista in assenza di tumore.

- Le protesi vengono rimborsate al 30% della spesa documentata da fattura, secondo il seguente elenco :
- protesi d'anca inclusi tutti i componenti dell'impianto
- protesi di ginocchio inclusi tutti i componenti dell'impianto
- protesi di spalla inclusi tutti i componenti dell'impianto
- protesi di caviglia inclusi tutti i componenti dell'impianto
- protesi vertebrale inclusi tutti i componenti dell'impianto
- artrodesi vertebrale inclusi tutti i componenti dell'impianto
- pacemaker
- protesi valvolari cardiache
- protesi tubolare endocardiaca (stent)
- lenti endoarticolari o cristallino artificiale
- defibrillatore
- protesi mammarie escluso espansore
- protesi urologiche

Parto a domicilio

Rimborso fino ad un importo massimo di L. 1.500.000= per parto a domicilio, a seguito di prestazioni di un ostetrico/a iscritto/a all'albo professionale con le modalità e le certificazioni di seguito elencate :

1. dichiarazione dell'ostetrico/a che prende in carico la paziente, attestante l'idoneità della medesima al parto domiciliare nell'ambito della gravidanza fisiologica, accompagnata da un certificato sullo stato di salute della gestante rilasciato dal medico di Medicina generale. Tutta la documentazione deve essere presentata entro l'ottavo mese di gravidanza, accompagnata dalla sottoscrizione da parte della paziente di modello di consenso informato, come predisposto dall'Assessorato alla Sanità e Assistenza ;
2. presentazione all'A.S.L. di residenza della richiesta di rimborso e della documentazione originale comprendente :
 - certificato di assistenza al parto ;
 - scheda dell'ostetrica completa in tutte le sue parti ;
 - scheda informativa sul parto ;
 - fattura analitica della spesa in conformità delle norme fiscali ;
3. Le prestazioni erogate dovranno essere comunque comprensive di :
 - visita di controllo preparto (almeno 3)
 - reperibilità 24 ore su 24 ore dalla 38^a alla 42^a settimana di gravidanza ;
 - assistenza al travaglio e parto, prime cure al neonato, assistenza post-partum ;
 - visite in puerperio (almeno 12) ;
 - materiale sanitario a perdere ;
 - materiale di uso corrente ;
 - oneri per lo spostamento dell'ostetrico/a
4. In caso di emergenza e conseguente ospedalizzazione al termine della gravidanza o travaglio di parto, verrà riconosciuto un rimborso forfetario della spesa documentata fino ad un importo massimo di L. 500.000=.

Uremici cronici

L'assistenza erogata dalle Aziende Sanitarie U.S.L. agli uremici cronici in terapia dialitica sul territorio nazionale è così determinata :

- Spese di viaggio. Le Aziende organizzano forme diversificate di trasporto (trasporto singolo, multiplo) con mezzi di trasporto pubblici, privati, convenzionati o di volontariato, secondo criteri da queste individuate nel rispetto delle esigenze cliniche indicate dai nefrologi.
- Le Aziende nell'impossibilità di organizzare il trasporto procedono al rimborso delle spese di viaggio.
1. Rimborso delle spese di andata e ritorno domicilio - centro dialisi ; centro dialisi ad assistenza limitata - centro di riferimento ; centro dialisi - altre strutture sanitarie pubbliche per trattamenti, indagini strumentali, indagini cliniche inerenti insufficienza renale cronica prescritti e programmati dal centro dialisi di competenza. Il rimborso è sospeso in caso di servizio prestato con automezzi dell'U.S.L.
 2. Rimborso totale del costo del biglietto se il trasferimento avviene con mezzi pubblici.
 3. Rimborso totale della tariffa chilometrica pari a 1/5 del prezzo della benzina super se il trasferimento avviene con auto pubblica o con vettura privata. Qualora dalla dichiarazione del Centro dialisi risulti che l'uremico cronico necessita di essere accompagnato al Centro stesso, è possibile corrispondere a richiesta il contributo chilometrico per i viaggi di andata e ritorno sostenuti dall'accompagnatore due volte nella stessa giornata, sempre che sia possibile, in relazione alla distanza, effettuare quattro volte lo stesso percorso. Quando, in base alla certificazione del Centro dialisi, risulti necessario il trasporto in ambulanza, esso deve essere assicurato dall'Azienda Sanitaria U.S.L. mediante convenzione diretta con gli Enti che

effettuano il servizio di trasporto in autolettiga. I pazienti sottoposti a trattamento dialitico in Centri dialisi non di competenza territoriale hanno diritto al rimborso pari a quello relativo alle spese di viaggio calcolate tra residenza e Centro dialisi di competenza territoriale. In caso di rimborso inferiore è rimborsato il costo inferiore. Il rimborso delle spese di viaggio allorché il paziente è in villeggiatura, è attuato in toto in caso di rimborso inferiore o uguale al rimborso tra residenza e Centro dialisi di competenza. I rimborsi eccedenti tali cifre, previa autocertificazione, sono autorizzati dalla ASL qualora il paziente assuma durante la vacanza la dimora in abitazione propria o di congiunto in 1° grado di parentela. In tale caso il rimborso è effettuato in base al percorso tra dimora e Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura. Il tipo di trasporto rimborsato durante il periodo di vacanza non è suscettibile di variazione fatta eccezione per mutate situazioni cliniche.

- Rimborso delle spese relative alla dialisi domiciliare :
- 4. rimborso delle spese relative agli impianti elettrico, idraulico, telefonico ed alle opere murarie necessarie per il trattamento dialitico domiciliare, da effettuarsi in base alle spese documentate effettivamente sostenute fino ad un massimo di L. 2.000.000 per paziente ;
- 5. rimborso agli uremici, già in dialisi domiciliare, delle spese di adeguamento e di messa a terra dell'impianto elettrico, come indicato dalle nuove disposizioni impartite dal Centro dialisi, responsabile del trattamento, nonché delle spese relative ai controlli periodici degli impianti elettrici in base alla normativa C.E.E., da effettuarsi in base alle spese effettivamente sostenute fino ad un massimo di L. 700.000 per paziente ;
- 6. rimborso forfetario per le spese di energia elettrica e telefoniche da corrispondersi a fine anno ad ogni paziente in emodialisi nella misura di L. 1.080.000 annuo oppure L. 90.000 mensili nei casi in cui il trattamento a domicilio abbia inizio o venga interrotto nel corso dell'anno. Il predetto contributo è ridotto a L. 80.000 per i soggetti in dialisi peritoneale domiciliare. Il contributo forfetario per le spese telefoniche è sospeso nei casi di attivazione presso il Centro dialisi di un numero verde. In tal caso il contributo per l'energia elettrica è calcolato in base al consumo energetico delle attrezzature valutate dall'Ufficio Tecnico dell'A.S.L. -
- Rimborso in forma indiretta delle spese sostenute per il trattamento dialitico ambulatoriale effettuato presso le Case di cura private ; il rimborso sarà effettuato previa presentazione della relativa nota secondo D.M. 22.7.1996 G.U. n. 150 del 14.9.1996 e successivi provvedimenti di attuazione. "prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabile nell'ambito del S.S.N. e relative tariffe".

Ossigenoterapia iperbarica

I trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica devono essere richiesti dal medico specialista.

TARIFFE

La tariffa della prestazione ambulatoriale fa riferimento al codice 82.93.95 del tariffario regionale (D.G.R. 105-20622 del 30.6.1997 e D.G.R. 163-21648 del 4.8.1997 e successive modificazioni ed integrazioni) abbattuto del 20%.

Spese di accompagnamento

Quota massima forfetaria giornaliera di L. 100.000, riconosciuta per spese documentate relative ad assistenza indiretta e soggiorno sostenute dall'accompagnatore. Il Servizio di Medicina legale della A.S.R.- U.S.L. competente dovrà nominalmente e preventivamente autorizzare e documentare come necessaria e indispensabile la presenza di un accompagnatore per accedere a prestazioni di assistenza ospedaliera svolta in strutture pubbliche, private o assimilate, in regime di ricovero.

PROCEDURA PER IL RIMBORSO

Il rimborso sarà effettuato previa presentazione della seguente documentazione :

- richiesta del medico di Medicina generale, con l'eccezione dei trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica che devono essere richiesti dal medico specialista ospedaliero. Nel caso di uremia cronica, parto e spese di accompagnamento, si vedano i punti specifici ;
- documentazione complessiva della spesa riferibile alla prestazione erogata redatta in conformità alle norme fiscali ;
- nel caso del ricovero devono essere presentate in copia sia la cartella clinica che la SDO correttamente compilate e codificate ICD9.CM.- L'A.S.L. deve verificare l'autorizzazione della Casa di cura alla specifica attività specialistica e in base ai dati della SDO calcolare il D.R.G. specifico. In particolare si precisa che, per ricovero di un giorno s'intende una prestazione dove il risultato di data dimissione meno data accettazione è uguale a 1 (una notte di ricovero) ; in questo caso si farà riferimento alla colonna "RIMBORSO PER 1 G" delle Tabelle A1 e A2.
Ovviamente per ricovero s'intende la situazione in cui il paziente abbia trascorso almeno due notti nella struttura privata. Le attività di Day Hospital e Day Surgery saranno inserite nell'assistenza indiretta soltanto quando verranno, in coerenza, autorizzate anche per le strutture private provvisoriamente accreditate
- sempre nel caso di ricovero, deve essere consegnato l'originale del modulo B (valido soltanto per le strutture ubicate sul territorio regionale), correttamente compilato, firmato dal cittadino richiedente la prestazione, nonché debitamente controfirmato dal Direttore sanitario della struttura privata erogatrice del ricovero.

Al fine di contenere il disagio degli utenti sottoposti a spese particolarmente rilevanti, è confermata la previsione della possibilità di utilizzo dell'istituto della cessione del credito di cui all'art. 1260 del Codice Civile, sulla base delle procedure che sono già state indicate dall'Assessorato regionale alla Sanità e Assistenza con apposita direttiva del 6.12.1994 prot. n. 10853/50/776.

Nel caso in cui l'A.S.L. verifichi l'impossibilità, sul proprio territorio o nell'ambito della Regione Piemonte, di erogare una prestazione di ricovero in forma diretta pubblica o privata accreditata nei limiti massimi dei tempi di attesa indicati dalla Regione Piemonte (o dal Ministero della Sanità), il Direttore generale potrà provvedere, per le prestazioni abbattute dell'80% (comprese nella tabella A2), a rimborsare la quota come previsto dalla Tabella A1. In mancanza di provvedimenti che fissino i tempi di attesa, il Direttore generale potrà avvalersi di una dichiarazione da parte della struttura pubblica interpellata dall'assistito, che attesti l'impossibilità di garantire la prestazione richiesta, in quei tempi brevi che la situazione del paziente richiederebbe.

TABELLA A1 - RIMBORSO AL 50% DELLA TARIFFA BASE - ANNO 2001

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
CARDIOCHIRURGIA					
C	5	103	Trapianto di cuore	18.575.000	467.000
C	5	104	Interventi su valvole cardiache con cateterismo ca	14.328.000	528.000
C	5	105	Interventi su valvole cardiache senza cateterismo	12.114.000	245.000
C	5	106	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	12.196.000	512.000
C	5	107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	10.094.000	223.000
C	5	108	Altri interventi cardiotoracici	8.883.000	293.000
C	5	110	Interventi cardiovascolari maggiori con cc	7.969.000	222.000
C	5	111	Interventi cardiovascolari maggiori senza cc	4.886.000	181.000
NEUROCHIRURGIA					
C	1	001	Craniotomia eta' >17 escl, per trauma	5.611.000	169.000
C	1	003	Craniotomia eta' 0-17	5.087.000	163.000
C	1	004	Interventi su midollo spinale e canale midollare	4.084.000	139.000
C	1	005	Interventi su vasi extracranici	2.373.000	176.000
C	1	007	Int,su nervi cranici-periferici/altri int,su sist,	4.579.000	145.000
C	1	008	Int,su nervi cranici-periferici/altri int,su sist,	1.413.000	164.000
OCULISTICA					
C	2	036	Interventi retina	1.959.000	153.000
C	2	039	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	1.099.000	214.000
C	2	040	Interventi su strutture extraoculari escl, orbita	1.081.000	172.000
C	2	041	Interventi su extraoculari escl, orbita eta' 0-17	813.000	282.000
C	2	042	Interventi intraoculari escl, retina, iride e cris	1.552.000	166.000
O.R.L.					
C	3	049	Interventi maggiori su capo e collo	4.035.000	151.000
C	3	055	Miscellanea interventi su orecchio, naso e gola	1.196.000	194.000
C	3	063	Altri interventi orecchio, naso e gola	2.065.000	173.000
TRAPIANTI					
C	11	302	Trapianto di rene	16.897.000	591.000
C	0	480	Trapianto di fegato	30.271.000	698.000
C	0	481	Trapianto di midollo	22.858.000	1.165.000
ORTOPEDIA					
C	8	209	Interventi maggiori su articolazioni ed arti	4.878.000	149.000
C	8	210	Interventi anca e femore escl, articolazioni maggi	4.421.000	133.000
C	8	211	Interventi anca e femore escl, articolazioni maggi	2.812.000	131.000
C	8	212	Interventi anca e femore escl, articolazioni maggi	3.184.000	177.000
C	8	214	Interventi schiena e collo con cc	3.255.000	135.000
C	8	215	Interventi schiena e collo senza cc	2.083.000	127.000
C	8	218	Interventi arto inferiore e omero escl, anca, pied	3.424.000	154.000
C	8	219	Interventi arto inferiore e omero escl, anca, pied	1.829.000	139.000
C	8	220	Interventi arto inferiore e omero escl, anca, pied	2.300.000	141.000
C	8	221	Interventi ginocchio con cc	2.275.000	133.000
C	8	222	Interventi ginocchio senza cc	1.748.000	155.000
C	8	223	Interventi maggiore spalla, gomito o altri interv. con cc	1.389.000	150.000
C	8	224	Interventi spalla, gomito o avambraccio escl..senza cc	1.386.000	149.000
C	8	225	Interventi piede	1.333.000	166.000
C	8	228	Interventi maggiori pollice o articolaz, o altri i	1.473.000	180.000
C	8	229	Interventi mano o polso escl, interventi maggiori	1.077.000	185.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	8	232	Artroscopia	1.207.000	208.000
C	8	233	Altri interventi app, osteomuscolare e tessuto con	3.387.000	193.000
C	8	234	Altri interventi app, osteomuscolare e tessuto con	2.348.000	137.000
C	21	441	Interventi mano per trauma	1.379.000	190.000
C	21	442	Altri interventi per trauma con cc	3.607.000	169.000
C	21	443	Altri interventi per trauma senza cc	1.737.000	148.000
C	24	485	Interventi anca, femore e riattaccamento gamba per	8.303.000	265.000
UROLOGIA					
C	11	304	Interv, su rene, uretere e interv, maggiori su ves	3.731.000	160.000
C	11	305	Interv, su rene, uretere e interv, maggiori su ves	2.727.000	123.000
C	11	306	Prostatectomia con cc	2.692.000	123.000
C	11	307	Prostatectomia senza cc	1.918.000	105.000
C	11	308	Interventi minori vescica con cc	2.466.000	189.000
C	11	309	Interventi minori vescica senza cc	2.167.000	133.000
C	11	312	Interventi su uretra eta' >17 con cc	1.622.000	131.000
C	11	313	Interventi su uretra eta' >17 senza cc	1.433.000	119.000
C	11	314	Interventi su uretra eta' 0-17	1.406.000	192.000
M	11	323	Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia	1.463.000	134.000
M	11	324	Calcolosi urinaria senza cc	1.028.000	127.000
C	12	334	Interventi maggiori pelvi maschile con cc	2.817.000	137.000
C	12	335	Interventi maggiori pelvi maschile senza cc	2.639.000	131.000
C	12	338	Interventi testicolo per tumore maligno	1.814.000	140.000
ONCOLOGIA					
C	4	075	Interventi maggiori torace	4.356.000	184.000
C	4	076	Altri interventi apparato respiratorio con cc	4.619.000	152.000
C	4	077	Altri interventi apparato respiratorio con senza c	2.214.000	127.000
C	6	146	Resezione rettale con cc	4.843.000	149.000
C	6	147	Resezione rettale senza cc	3.921.000	128.000
C	6	148	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso co	5.163.000	162.000
C	6	149	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso se	3.263.000	126.000
C	6	154	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' >17	5.584.000	220.000
C	6	155	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' >17	2.826.000	138.000
C	6	156	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' 0-17	2.511.000	162.000
C	7	191	Interventi pancreas, fegato e di shunt con cc	6.083.000	248.000
C	7	192	Interventi pancreas, fegato e di shunt senza cc	3.817.000	157.000
C	7	195	Colecistectomia totale con esplorazione coledoco c	3.793.000	158.000
C	7	196	Colecistectomia totale con esplorazione coledoco s	2.876.000	116.000
C	7	197	Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco	2.810.000	149.000
C	7	198	Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco	1.615.000	149.000
C	9	257	Mastectomia totale per tumore maligno con cc	2.327.000	123.000
C	9	258	Mastectomia totale per tumore maligno senza cc	1.660.000	140.000
C	9	259	Mastectomia subtotale per tumore maligno con cc	2.273.000	154.000
C	9	260	Mastectomia subtotale per tumore maligno senza cc	1.513.000	134.000
C	10	289	Interventi su paratiroidi	3.079.000	128.000
C	10	290	Interventi tiroide	1.585.000	140.000
C	11	303	Interventi su rene, uretere e interv, maggiori su	4.587.000	155.000
C	13	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vul	4.524.000	173.000
C	13	354	Interventi utero e annessi per tum, maligno escl,	2.384.000	81.000
C	13	355	Interventi utero e annessi per tum, maligno escl,	2.149.000	128.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	13	357	Interventi utero e annessi per tum, maligno ovaio	3.893.000	162.000
C	13	360	Interventi su vagina, cervica e vulva	1.234.000	208.000
C	13	363	D&c, conizzazione e impianto materiale radioattivo	1.372.000	155.000
C	13	364	D&c, conizzazione escl, tum, maligno	813.000	212.000
C	17	400	Linfomi e leucemie con interventi maggiori	4.576.000	218.000
C	17	401	Linfomi e leucemie non acute con altri interventi	6.170.000	129.000
C	17	402	Linfomi e leucemie non acute con altri interventi	2.388.000	127.000
M	17	409	Radioterapia	1.484.000	117.000
M	17	410	Chemioterapia	1.118.000	179.000
GINECOLOGIA					
C	13	361	Laparoscopia e legatura tube per incisione	1.056.000	215.000
C	13	362	Legatura endoscopica tube	664.000	135.000
CHIRURGIA VASCOLARE					
C	5	113	Amputaz,per disturbi circolatori escl, arto sup,e	5.364.000	160.000
C	5	114	Amputaz,arto super,e dita piede per disturbi circo	3.698.000	127.000
C	5	119	Legatura e stripping vene	1.142.000	174.000

TABELLA A2 - RIMBORSO AL 50% DELLA TARIFFA BASE - ANNO 2001

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	1	002	Craniotomia per trauma eta' >17	2.190.000	93.000
C	1	006	Decompressione tunnel carpale	313.000	71.000
M	1	009	Disturbi e traumatismi midollo spinale e canale mi	1.004.000	61.000
M	1	010	Neoplasie sistema nervoso con cc	980.000	43.000
M	1	011	Neoplasie sistema nervoso senza cc	776.000	46.000
M	1	012	Disturbi degenerativi sistema nervoso	884.000	47.000
M	1	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	720.000	46.000
M	1	014	Disturbi cerebrovascolari specifici escl, tia	862.000	41.000
M	1	015	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precere	535.000	48.000
M	1	016	Disturbi cerebrovascolari aspecifici con cc	868.000	46.000
M	1	017	Disturbi cerebrovascolari aspecifici senza cc	646.000	41.000
M	1	018	Disturbi nervi cranici e periferici con cc	905.000	45.000
M	1	019	Disturbi nervi cranici e periferici senza cc	571.000	47.000
M	1	020	Infezioni sistema nervoso escl, meningite virale	1.253.000	56.000
M	1	021	Meningite virale	695.000	44.000
M	1	022	Encefalopatia ipertensiva	672.000	44.000
M	1	023	Stato stuporoso e coma non traumatici	633.000	53.000
M	1	024	Accesso epilettico e cefalea eta' >17 con cc	615.000	48.000
M	1	025	Accesso epilettico e cefalea eta' >17 senza cc	432.000	49.000
M	1	026	Accesso epilettico e cefalea eta' 0-17	375.000	63.000
M	1	027	Stato stuporoso,coma traumatici,coma>1 ora	806.000	42.000
M	1	028	Stato sutporoso,coma traumatici,coma>1 ora eta'>17	739.000	55.000
M	1	029	Stato stuporoso,coma traumatici,coma>1 ora eta'>17	456.000	49.000
M	1	030	Stato stuporoso,coma traumatici,coma>1 ora eta' 0-	346.000	78.000
M	1	031	Commozione cerebrale eta' >17 con cc	675.000	51.000
M	1	032	Commozione cerebrale eta' >17 senza cc	354.000	61.000
M	1	033	Commozione cerebrale eta' 0-17	308.000	63.000
M	1	034	Altri disturbi sistema nervoso con cc	1.067.000	42.000
M	1	035	Altri disturbi sistema nervoso senza cc	533.000	46.000
C	2	037	Interventi orbita	641.000	108.000
C	2	038	Interventi primari iride	510.000	51.000
M	2	043	Ifema	267.000	55.000
M	2	044	Principali infezioni acute occhio	501.000	45.000
M	2	045	Disturbi neurologici occhio	492.000	50.000
M	2	046	Altri disturbi occhio eta' >17 con cc	595.000	56.000
M	2	047	Altri disturbi occhio eta' >17 senza cc	460.000	53.000
M	2	048	Altri disturbi occhio eta' 0-17	403.000	62.000
C	3	050	Scialoadenectomia	552.000	58.000
C	3	051	Interventi su ghiandole salivari escl, scialoadene	484.000	59.000
C	3	052	Riparazione di cheiloschisi e palatoschisi	513.000	50.000
C	3	053	Interventi su seni e mastoide eta' >17	470.000	60.000
C	3	054	Interventi su seni e mastoide eta' 0-17	439.000	47.000
C	3	056	Rinoplastica	372.000	67.000
C	3	057	Interventi su tonsille e adenoidi eta' >17	339.000	58.000
C	3	058	Interventi su tonsille e adenoidi eta' 0-17	179.000	53.000
C	3	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia eta' >17	233.000	54.000
C	3	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia eta' 0-17	168.000	59.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	3	061	Miringotomia eta' >17	540.000	111.000
C	3	062	Miringotomia eta' 0-17	197.000	59.000
M	3	064	Tumori maligni orecchio, naso, gola	731.000	57.000
M	3	065	Turbe dell'equilibrio	423.000	48.000
M	3	066	Epistassi	368.000	52.000
M	3	067	Infiammazione epiglottide	456.000	57.000
M	3	068	Otite media infezione alte vie respir,eta' >17 con	679.000	44.000
M	3	069	Otite media infezione alte vie respir,eta' >17 sen	347.000	50.000
M	3	070	Otite media infezione alte vie respir,eta' 0-17	312.000	57.000
M	3	071	Laringotracheite	260.000	52.000
M	3	072	Traumatismi e deformita' naso	430.000	64.000
M	3	073	Altre diagnosi orecchio, naso e gola eta' >17	422.000	62.000
M	3	074	Altre diagnosi orecchio, naso e gola eta' 0-17	270.000	82.000
C	4	075	Interventi maggiori torace	1.569.000	67.000
C	4	076	Altri interventi apparato respiratorio con cc	1.663.000	55.000
C	4	077	Altri interventi apparato respiratorio con senza c	798.000	46.000
M	4	078	Embolia polmonare	915.000	44.000
M	4	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie eta' >17 co	1.285.000	46.000
M	4	080	Infezione e infiammazioni respiratorie eta' >17 se	998.000	40.000
M	4	081	Infezione e infiammazioni respiratorie eta' 0-17	673.000	82.000
M	4	082	Neoplasie apparato respiratorio	872.000	52.000
M	4	083	Traumi maggiori torace con cc	518.000	49.000
M	4	084	Traumi maggiori torace senza cc	315.000	47.000
M	4	085	Versamento pleurico con cc	1.000.000	43.000
M	4	086	Versamento pleurico senza cc	754.000	41.000
M	4	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	671.000	50.000
M	4	088	Malattie polmonari cronico-ostruttive (copd)	603.000	42.000
M	4	089	Polmonite semplice e pleurite eta' >17 con cc	823.000	43.000
M	4	090	Polmonite semplice e pleurite eta' >17 senza cc	606.000	38.000
M	4	091	Polmonite semplice e pleurite eta' 0-17	397.000	46.000
M	4	092	Polmonite interstiziale con cc	914.000	47.000
M	4	093	Polmonite interstiziale senza cc	667.000	42.000
M	4	094	Pneumotorace con cc	872.000	46.000
M	4	095	Pneumotorace senza cc	470.000	42.000
M	4	096	Bronchite e asma eta' >17 con cc	573.000	42.000
M	4	097	Bronchite e asma eta' >17 senza cc	427.000	40.000
M	4	098	Bronchite e asma eta' 0-17	338.000	49.000
M	4	099	Segni e sintomi respiratori con cc	685.000	40.000
M	4	100	Segni e sintomi respiratori senza cc	503.000	40.000
M	4	101	Altre diagnosi apparato respiratorio con cc	635.000	51.000
M	4	102	Altre diagnosi apparato respiratorio senza cc	382.000	50.000
C	5	103	Trapianto di cuore	8.256.000	208.000
C	5	104	Interventi su valvole cardiache con cateterismo ca	6.368.000	235.000
C	5	105	Interventi su valvole cardiache senza cateterismo	5.384.000	109.000
C	5	106	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	5.421.000	228.000
C	5	107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	4.487.000	99.000
C	5	108	Altri interventi cardiotoracici	3.948.000	130.000
C	5	110	Interventi cardiovascolari maggiori con cc	3.542.000	99.000
C	5	111	Interventi cardiovascolari maggiori senza cc	2.172.000	81.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	5	112	Interventi cardiovascolari percutanei	2.154.000	122.000
C	5	115	Imp,pacemaker permanente con ima, insuff, cardiaca	3.128.000	130.000
C	5	116	Imp,pacemaker permanente senza ima, insuff, cardia	2.052.000	107.000
C	5	117	Revisione pacemaker cardiaco escl,sola sostituzion	1.441.000	89.000
C	5	118	Sostituzione batteria in pacemaker cardiaco	1.909.000	77.000
C	5	120	Altri interventi sul sistema circolatorio	1.959.000	93.000
M	5	121	Dist,circ,con ima e complicanze cardiovasc, dimess	997.000	55.000
M	5	122	Dist,circ,con ima senza complicanze cardiovasc, di	804.000	54.000
M	5	123	Dist,circ,con ima deceduti	732.000	89.000
M	5	124	Dist,circ,escl,ima con cateterismo card,diagnosi c	1.259.000	126.000
M	5	125	Dist,circ,escl,ima con cateterismo card,diagnosi n	604.000	86.000
M	5	126	Endocardite acuta e subacuta	1.703.000	45.000
M	5	127	Insufficienza cardiaca e shock	666.000	49.000
M	5	128	Tromboflebite vene profonde	577.000	44.000
M	5	129	Arresto cardiaco	787.000	75.000
M	5	130	Disturbi vascolari periferici con cc	772.000	47.000
M	5	131	Disturbi vascolari periferici senza cc	580.000	41.000
M	5	132	Aterosclerosi con cc	693.000	47.000
M	5	133	Aterosclerosi senza cc	499.000	43.000
M	5	134	Ipertensione	461.000	46.000
M	5	135	Disturbi cardiaci congeniti e valvolari eta' >17 c	815.000	48.000
M	5	136	Disturbi cardiaci congeniti e valvolari eta' >17 s	405.000	41.000
M	5	137	Disturbi cardiaci congeniti e valvolari eta' 0-17	706.000	113.000
M	5	138	Aritmia e disturbi della conduzione cardiaca con c	563.000	51.000
M	5	139	Aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza	401.000	50.000
M	5	140	Angina pectoris	460.000	50.000
M	5	141	Sincope e collasso con cc	553.000	44.000
M	5	142	Sincope e collasso senza cc	413.000	48.000
M	5	143	Dolore toracico	388.000	52.000
M	5	144	Altre diagnosi apparato circolatorio con cc	846.000	50.000
M	5	145	Altre diagnosi apparato circolatorio senza cc	542.000	45.000
C	6	146	Resezione rettale con cc	1.744.000	54.000
C	6	147	Resezione rettale senza cc	1.412.000	47.000
C	6	148	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso co	1.859.000	59.000
C	6	149	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso se	1.175.000	46.000
C	6	150	Lisi aderenze peritoneali con cc	1.044.000	64.000
C	6	151	Lisi aderenze peritoneali senza cc	598.000	53.000
C	6	152	Interventi minori su intestino tenue e crasso con	1.015.000	66.000
C	6	153	Interventi minori su intestino tenue e crasso senz	723.000	57.000
C	6	154	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' >17	2.011.000	80.000
C	6	155	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' >17	1.018.000	50.000
C	6	156	Interventi su stomaco, esofago e duodeno eta' 0-17	904.000	59.000
C	6	157	Interventi su ano e stoma con cc	632.000	53.000
C	6	158	Interventi su ano e stoma senza cc	345.000	49.000
C	6	159	Interventi per ernia escl, inguinale e femorale et	764.000	50.000
C	6	160	Interventi per ernia escl, inguinale e femorale et	498.000	49.000
C	6	161	Interventi per ernia inguinale e femorale eta' >17	541.000	52.000
C	6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale eta' >17	384.000	50.000
C	6	163	Interventi per ernia eta' 0-17	438.000	110.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	6	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata	1.105.000	64.000
C	6	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata	445.000	62.000
C	6	166	Appendicectomia senza diagnosi principale complica	551.000	53.000
C	6	167	Appendicectomia senza diagnosi principale complica	373.000	57.000
C	3	168	Interventi bocca con cc	621.000	33.000
C	3	169	Interventi bocca senza cc	475.000	64.000
C	6	170	Altri interventi apparato digerente con cc	1.459.000	71.000
C	6	171	Altri interventi apparato digerente senza cc	751.000	45.000
M	6	172	Tumori maligni apparato digerente con cc	957.000	56.000
M	6	173	Tumori maligni apparato digerente senza cc	656.000	45.000
M	6	174	Emorragia gastroenterica con cc	751.000	54.000
M	6	175	Emorragia gastroenterica senza cc	515.000	44.000
M	6	176	Ulcera peptica complicata	615.000	55.000
M	6	177	Ulcera peptica non complicata con cc	533.000	44.000
M	6	178	Ulcera peptica non complicata senza cc	455.000	42.000
M	6	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	700.000	51.000
M	6	180	Occlusione gastrointestinale con cc	702.000	45.000
M	6	181	Occlusione gastrointestinale senza cc	410.000	42.000
M	6	182	Esofagite,gastroenterite miscell, disturbi diges,e	570.000	46.000
M	6	183	Esofagite,gastroenterite miscell, disturbi diges,e	399.000	46.000
M	6	184	Esofagite, gastroenterite e miscell, disturbi dige	301.000	53.000
M	3	185	Mal, denti e bocca escl, estrazione e riparazione	500.000	56.000
M	3	186	Mal, denti e bocca escl, estrazione e riparazione	327.000	56.000
M	3	187	Estrazione e riparazione dentaria	408.000	91.000
M	6	188	Altre diagnosi apparato digerente eta' >17 con cc	682.000	60.000
M	6	189	Altre diagnosi apparato digerente eta' >17 senza c	407.000	49.000
M	6	190	Altre diagnosi apparato digerente eta' 0-17	359.000	62.000
C	7	191	Interventi pancreas, fegato e di shunt con cc	2.190.000	90.000
C	7	192	Interventi pancreas, fegato e di shunt senza cc	1.375.000	57.000
C	7	193	Interventi vie biliari escl,colecistectomia totale	1.833.000	61.000
C	7	194	Interventi vie biliari escl,colecistectomia totale	1.328.000	47.000
C	7	195	Colecistectomia totale con esplorazione coledoco c	1.366.000	57.000
C	7	196	Colecistectomia totale con esplorazione coledoco s	1.036.000	42.000
C	7	197	Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco	1.012.000	54.000
C	7	198	Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco	582.000	54.000
C	7	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per tumore mal	1.507.000	51.000
C	7	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per tumore	1.014.000	52.000
C	7	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	1.775.000	98.000
M	7	202	Cirrosi ed epatite alcolica	872.000	63.000
M	7	203	Tumori maligni apparato epatobiliare o pancreas	835.000	53.000
M	7	204	Disturbi pancreas escl, tumore maligno	696.000	47.000
M	7	205	Disturbi fegato escl, tum, maligno, cirrosi, epati	978.000	63.000
M	7	206	Disturbi fegato escl, tum, maligno, cirrosi, epati	494.000	47.000
M	7	207	Disturbi vie biliari con cc	784.000	48.000
M	7	208	Disturbi vie biliari senza cc	546.000	46.000
C	8	213	Amputazione per disturbi app, osteomuscolare e tes	1.228.000	50.000
C	8	216	Biopsia app, osteomuscolare e tessuto connettivo	821.000	63.000
C	8	217	Sbrigliamento ferite e trapianto cute per dist, os	1.671.000	76.000
C	8	226	Interventi su tessuti molli con cc	722.000	47.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	8	227	Interventi su tessuti molli senza cc	413.000	59.000
C	8	230	Asportazione locale e rimozione mezzi fissazione i	470.000	57.000
C	8	231	Asportazione locale e rimozione mezzi fissazione i	454.000	80.000
M	8	235	Fratture femore	618.000	38.000
M	8	236	Fratture anca e pelvi	775.000	36.000
M	8	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni anca, pelvi e	502.000	45.000
M	8	238	Osteomielite	982.000	44.000
M	8	239	Frattura patologica e tum, maligni app, osteomusco	686.000	56.000
M	8	240	Disturbi tessuto connettivo con cc	1.081.000	53.000
M	8	241	Disturbi tessuto connettivo senza cc	691.000	44.000
M	8	242	Artrite settica	588.000	36.000
M	8	243	Disturbi dorso	498.000	41.000
M	8	244	Malattie ossa e artropatie specifiche con cc	680.000	41.000
M	8	245	Malattie ossa e artropatie specifiche senza cc	483.000	32.000
M	8	246	Artropatie non specifiche	512.000	38.000
M	8	247	Segni e sintomi app, osteomuscolare e tessuto conn	439.000	44.000
M	8	248	Tendinite, miosite, borsite	416.000	54.000
M	8	249	Sequela malattie app, osteomuscolare e tessuto con	447.000	69.000
M	8	250	Fratture, distors., stiram., lussaz, avambraccio,	495.000	50.000
M	8	251	Fratture, distors., stiram., lussaz, avambraccio,	341.000	53.000
M	8	252	Fratture, distors., stiram., lussaz, avambraccio,	241.000	73.000
M	8	253	Fratture, distors., stiram., lussaz, avambraccio, gamb	649.000	45.000
M	8	254	Fratture distors., stiram., lussaz, avambraccio, gamba	326.000	45.000
M	8	255	Fratture distors., stiram., lussaz, avambraccio, gamba	322.000	63.000
M	8	256	Altre diagnosi app, osteomuscolare e tessuto conne	397.000	54.000
C	9	261	Interventi mammella non per tumore maligno escl, b	683.000	54.000
C	9	262	Biopsia mammella ed asportazione locale non per tu	332.000	67.000
C	9	263	Trapianto pelle e/o asportazione tessuto per ulcer	1.593.000	37.000
C	9	264	Trapianto pelle e/o asportazione tessuto per ulcer	940.000	40.000
C	9	265	Trapianto pelle e/o asportaz, tessuto escl, ulcera	1.254.000	50.000
C	9	266	Trapianto pelle e/o asportaz, tessuto escl, ulcera	612.000	50.000
C	9	267	Interventi perianali e pilonidali	333.000	51.000
C	9	268	Chirurgia plastica pelle, tessuto sottocutaneo e m	418.000	60.000
C	9	269	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mam	792.000	72.000
C	9	270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mam	434.000	57.000
M	9	271	Ulcere pelle	1.088.000	39.000
M	9	272	Disturbi maggiori pelle con cc	933.000	53.000
M	9	273	Disturbi maggiori pelle senza cc	739.000	39.000
M	9	274	Neoplasie maligne mammella con cc	853.000	58.000
M	9	275	Neoplasie maligne mammella senza cc	569.000	42.000
M	9	276	Patologie non maligne mammella	332.000	64.000
M	9	277	Cellulite eta' >17 con cc	774.000	41.000
M	9	278	Cellulite eta' >17 senza cc	459.000	40.000
M	9	279	Cellulite eta' 0-17	388.000	45.000
M	9	280	Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	542.000	47.000
M	9	281	Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	345.000	53.000
M	9	282	Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	335.000	71.000
M	9	283	Disturbi minori pelle con cc	660.000	45.000
M	9	284	Disturbi minori pelle senza cc	417.000	45.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	10	285	Amputazione arto inferiore per dist, endocrini, nu	1.726.000	36.000
C	10	286	Interventi su ghiandola surrenalica e ipofisi	1.257.000	54.000
C	10	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento ferita per dist,	1.364.000	40.000
C	10	288	Interventi per obesita'	1.102.000	83.000
C	10	289	Interventi su paratiroidi	1.109.000	47.000
C	10	290	Interventi tiroide	571.000	51.000
C	10	291	Interventi su dotto tireoglosso	367.000	60.000
C	10	292	Altri interventi per dist, endocrini, nutrizionali	1.783.000	104.000
C	10	293	Altri interventi per dist, endocrini, nutrizionali	1.153.000	40.000
M	10	294	Diabete eta' >35	591.000	42.000
M	10	295	Diabete eta' 0-35	618.000	44.000
M	10	296	Disturbi nutrizione e metabolismo eta' >17 con cc	671.000	48.000
M	10	297	Disturbi nutrizione e metabolismo eta' >17 senza c	409.000	46.000
M	10	298	Disturbi nutrizione e metabolismo eta' 0-17	311.000	50.000
M	10	299	Difetti congeniti metabolismo	642.000	71.000
M	10	300	Disturbi endocrini con cc	836.000	46.000
M	10	301	Disturbi endocrini senza cc	444.000	48.000
C	11	303	Interventi su rene, uretere e interv, maggiori su	1.652.000	56.000
C	11	310	Interventi per via transuretrale con cc	692.000	47.000
C	11	311	Interventi per via transuretrale senza cc	472.000	50.000
C	11	315	Altri interventi su rene e vie urinarie	1.253.000	68.000
M	11	316	Insufficienza renale	944.000	60.000
M	11	317	Dialisi renale	345.000	16.000
M	11	318	Neoplasie rene e vie urinarie con cc	790.000	53.000
M	11	319	Neoplasie rene e vie urinarie senza cc	445.000	56.000
M	11	320	Inferiore rene e vie urinarie eta' >17 con cc	639.000	50.000
M	11	321	Inferiore rene e vie urinarie eta' >17 senza cc	482.000	44.000
M	11	322	Inferiori rene e vie urinarie eta' 0-17	495.000	52.000
M	11	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie eta	646.000	44.000
M	11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie eta	395.000	47.000
M	11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie eta	336.000	53.000
M	11	328	Stenosi uretrale eta' >17 con cc	433.000	38.000
M	11	329	Stenosi uretrale eta' >17 senza cc	348.000	32.000
M	11	330	Stenosi uretrale eta' 0-17	192.000	31.000
M	11	331	Altre diagnosi rene e vie urinarie eta' >17 con cc	780.000	53.000
M	11	332	Altre diagnosi rene e vie urinarie eta' >17 senza	470.000	47.000
M	11	333	Altre diagnosi rene e vie urinarie eta' 0-17	561.000	58.000
C	12	336	Prostatectomia transuretrale con cc	890.000	40.000
C	12	337	Prostatectomia transuretrale senza cc	711.000	39.000
C	12	339	Interventi testicolo non per tumore maligno eta' >	363.000	59.000
C	12	340	Interventi testicolo non per tumore maligno eta' 0	226.000	63.000
C	12	341	Interventi pene	828.000	100.000
C	12	342	Circoncisione eta' >17	352.000	76.000
C	12	343	Circoncisione eta' 0-17	219.000	65.000
C	12	344	Altri interventi app, riproduttivo maschile per tu	1.067.000	57.000
C	12	345	Altri interventi app, riproduttivo maschile escl,	580.000	44.000
M	12	346	Tumori maligni app, riproduttivo maschile con cc	770.000	52.000
M	12	347	Tumori maligni app, riproduttivo maschile senza cc	558.000	46.000
M	12	348	Ipertrofia prostatica benigna con cc	553.000	49.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
M	12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza cc	431.000	45.000
M	12	350	Infiammazione app, riproduttivo maschile	408.000	54.000
M	12	351	Sterilizzazione maschile	183.000	98.000
M	12	352	Altre diagnosi app, riproduttivo maschile	349.000	59.000
C	13	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vul	1.629.000	63.000
C	13	356	Interventi di ricostruzione app, riproduttivo femm	627.000	42.000
C	13	358	Interventi utero e annessi non per tum, maligno co	767.000	51.000
C	13	359	Interventi utero e annessi non per tum, maligno se	584.000	49.000
C	13	360	Interventi su vagina, cervica e vulva	445.000	75.000
C	13	365	Altri interventi app, riproduttivo femminile	850.000	57.000
M	13	366	Tumori maligni app, riproduttivo femminile con cc	849.000	61.000
M	13	367	Tumori maligni app, riproduttivo femminile senza c	498.000	47.000
M	13	368	Infezioni app, riproduttivo femminile	424.000	54.000
M	13	369	Disturbi mestruali ed altri disturbi app, riprodut	282.000	54.000
C	14	370	Taglio cesareo con cc	771.000	59.000
C	14	371	Taglio cesareo senza cc	540.000	52.000
M	14	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	576.000	68.000
M	14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	341.000	60.000
C	14	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o d&c	419.000	63.000
C	14	375	Parto vaginale con altro intervento escl, sterlizz	434.000	60.000
M	14	376	Condizioni morbose successive a parto e aborto sen	307.000	49.000
C	14	377	Condizioni morbose successive a parto e aborto con	548.000	109.000
M	14	378	Gravidanza ectopica	517.000	56.000
M	14	379	Minaccia d'aborto	470.000	66.000
M	14	380	Aborto senza d&c	252.000	58.000
C	14	381	Aborto con d&c isterosuzione o isterotomia	321.000	99.000
M	14	382	Falso travaglio	101.000	29.000
M	14	383	Altre condizioni morbose antepartum con complicanz	445.000	53.000
M	14	384	Altre condizioni morbose antepartum senza complica	345.000	46.000
M	15	385	Neonati morti o trasferiti ad altro ospedale	671.000	56.000
M	15	386	Neonato gravemente immaturo o con sindrome da dist	2.777.000	51.000
M	15	387	Prematurita' con problemi maggiori	1.426.000	39.000
M	15	388	Prematurita' senza problemi maggiori	811.000	34.000
M	15	389	Neonato a termine con problemi maggiori	415.000	39.000
M	15	390	Neonati con altre affezioni significative	297.000	30.000
M	15	391	Neonato normale	0	0
C	16	392	Splenetomia, eta' >17	1.289.000	85.000
C	16	393	Splenetomia, eta' <18	875.000	62.000
C	16	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	765.000	86.000
M	16	395	Anomalie dei globuli rossi, eta' >17	736.000	48.000
M	16	396	Anomalie dei globuli rossi, eta' <18	338.000	64.000
M	16	397	Disturbi della coagulazione	1.048.000	81.000
M	16	398	Disturbi sist, reticoloendoteliale e immunitario c	1.364.000	58.000
M	16	399	Disturbi sist, reticoloendoteliale e immunitario s	666.000	52.000
M	17	403	Linfomi e leucemie non acute con cc	1.365.000	66.000
M	17	404	Linfomi e leucemie non acute senza cc	791.000	50.000
M	17	405	Leucemie acute senza interventi maggiori eta' 0-17	1.311.000	156.000
C	17	406	Dist, mieloprolif, e neopl, scarsamente differenz,	1.735.000	44.000
C	17	407	Dist, mieloprolif, e neopl, scarsamente differenz,	1.150.000	53.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
C	17	408	Dist, mieloproliferativi o neopl, scarsamente diff	785.000	72.000
M	17	411	Anamnesi di tumore maligno senza endoscopia	259.000	38.000
M	17	412	Anamnesi di tumore maligno con endoscopia	259.000	38.000
M	17	413	Altri dist, mieloproliferativi o neopl, scarsament	1.159.000	48.000
M	17	414	Altri dist, mieloproliferativi o neopl, scarsament	803.000	48.000
C	18	415	Interventi per malattie infettive e parassitarie	1.535.000	59.000
M	18	416	Setticemia eta' >17	1.066.000	49.000
M	18	417	Setticemia eta' 0-17	682.000	46.000
M	18	418	Infezioni post-operatorie e post-traumatiche	538.000	50.000
M	18	419	Febbre di origine sconosciuta eta' >17 con cc	688.000	53.000
M	18	420	Febbre di origine sconosciuta eta' >17 senza cc	530.000	46.000
M	18	421	Malattie di origine virale eta' >17	504.000	55.000
M	18	422	Mal, di origine virale e febbre di origine sconos	362.000	58.000
M	18	423	Altre mal, infettive e parassitarie	800.000	65.000
C	19	424	Interventi con diagnosi principale di malattia men	1.107.000	71.000
M	19	425	Reazione acuta da adattamento e disturbi da disada	430.000	48.000
M	19	426	Nevrosi depressiva	513.000	41.000
M	19	427	Nevrosi escl, depressiva	531.000	43.000
M	19	428	Disturbi personalita' e controllo degli impulsi	656.000	47.000
M	19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	675.000	46.000
M	19	430	Psicosi	743.000	41.000
M	19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	418.000	48.000
M	19	432	Altre diagnosi di disturbi mentali	565.000	56.000
M	20	433	Abuso o dipendenza alcool farmaci, dimessi contro	211.000	40.000
M	20	434	Abuso o dipend, alcool farmaci disintossic, o altr	450.000	31.000
M	20	435	Abuso o dipend, alcool farmaci disintossic, o altr	378.000	22.000
M	20	436	Dipendenza alcool farmaci terapia riabilitativa	534.000	0
M	20	437	Dipendenza alcool farmaci terapie riabilitativa e	589.000	0
C	21	439	Trapianto di pelle per trauma	876.000	66.000
C	21	440	Sbrigliamento ferita da trauma	1.174.000	110.000
M	21	444	Lesione traumatica eta' >17 con cc	521.000	50.000
M	21	445	Lesione traumatica eta' >17 senza cc	414.000	45.000
M	21	446	Lesione traumatica eta' 0-17	270.000	61.000
M	21	447	Reazione allergiche eta' >17	407.000	48.000
M	21	448	Reazioni allergiche eta' 0-17	269.000	52.000
M	21	449	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci eta' >	546.000	50.000
M	21	450	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci eta' >	339.000	58.000
M	21	451	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci eta' 0	242.000	80.000
M	21	452	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche con cc	542.000	58.000
M	21	453	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche senza	399.000	51.000
M	21	454	Altri traumi, avvelenamenti ed effetti tossici con	422.000	31.000
M	21	455	Altri traumi, avvelenamenti ed effetti tossici sen	352.000	60.000
M	22	456	Ustioni, paziente trasferito ad altro ospedale	867.000	77.000
M	22	457	Ustioni estese senza intervento	1.089.000	77.000
C	22	458	Ustioni non estese con trapianto di pelle	2.408.000	88.000
C	22	459	Ustioni non estese con sbrigliamento di ferita o a	1.022.000	60.000
M	22	460	Ustioni non estese senza intervento	610.000	50.000
C	23	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i se	587.000	50.000
M	23	462	Riabilitazione	643.000	56.000

Tipo DRG	MDC	DRG	Descrizione	RIMBORSO	RIMBORSO PER 1 G
M	23	463	Segni e sintomi con cc	749.000	42.000
M	23	464	Segni e sintomi senza cc	455.000	46.000
M	23	465	Ricoveri successivi con anamnesi di tumore maligno	191.000	62.000
M	23	466	Ricoveri successivi senza anamnesi di tumore malig	336.000	54.000
M	23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	347.000	45.000
C	0	468	Interventi estesi non correlati alla diagnosi prin	1.329.000	85.000
	0	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di di	0	0
	0	470	Drg non attribuito	0	0
C	8	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli articola	2.107.000	63.000
C	22	472	Ustioni estese con interfento	6.329.000	25.000
M	17	473	Leucemie acute senza interventi maggiori eta' >17	4.233.000	150.000
M	4	475	Diagnosi app, respiratorio con assistenza ventilat	1.711.000	96.000
C	0	476	Interventi prostata non correlati alla diagnosi pr	970.000	59.000
C	0	477	Interventi non estesi non correlati alla diagnosi	704.000	59.000
C	5	478	Altri interventi vascolari con cc	1.502.000	77.000
C	5	479	Altri interventi vascolari senza cc	916.000	64.000
C	0	482	Tracheostomia con dist, bocca, laringe o faringe	2.313.000	59.000
C	0	483	Tracheostomia escl, dist, bocca, laringe o faringe	7.266.000	162.000
C	24	484	Craniotomia per traumi multipli	2.857.000	90.000
C	24	486	Altri interventi per traumi multipli	2.363.000	88.000
M	24	487	Altri traumi multipli	1.005.000	69.000
C	25	488	Infezioni da hiv con interventi estesi	2.605.000	61.000
M	25	489	Infezioni da hiv con patologie correlate maggiori	1.522.000	54.000
M	25	490	Infezioni da hiv con o senza altre patologie corre	925.000	62.000
C	8	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti	983.000	51.000
M	17	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di l	1.504.000	72.000

Modulo B (solo per le strutture ubicate sul territorio regionale)

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di aver preso visione presso la Casa di Cura Privata _____

sita in _____ delle modalità di accesso e di rimborso definite

dalla Regione Piemonte per l'assistenza sanitaria in forma indiretta e di essere stato/a informato/a

della tipologia dell'intervento con la sua relativa classificazione a DRG e/o in altra forma definita

dalla D.G.R. della Regione Piemonte per l'anno 2001.

Firma _____

visto : si conferma

firma del Direttore Sanitario

timbro Casa di Cura

data,