

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
<u>Codici diagnosi</u>	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.