

**SISTEMI REGIONALI DI RIPARTIZIONE DEL FONDO
SANITARIO E DI REMUNERAZIONE DEI RICOVERI PER ACUTI,
DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA**

ANALISI DELLA NORMATIVA VIGENTE AL 30 OTTOBRE 2008

Isabella Morandi - Sezione Monitoraggio Costi e Tariffe del SSN

INDICE

PREMESSA.....	4
LA NORMATIVA NAZIONALE.....	4
CRITERI DI ANALISI.....	4
LE EVIDENZE RISCONTRATE.....	5
LA NORMATIVA REGIONALE.....	11
PIEMONTE - Ripartizione FSR.....	11
PIEMONTE - Ricoveri per acuti.....	11
PIEMONTE - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	14
VALLE D’AOSTA - Ricoveri per acuti.....	15
LOMBARDIA - Ripartizione FSR.....	15
LOMBARDIA - Ricoveri per acuti.....	16
LOMBARDIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	18
VENETO - Ripartizione FSR.....	20
VENETO - Ricoveri per acuti.....	22
VENETO - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	23
FRIULI VENEZIA GIULIA - Ripartizione FSR.....	24
FRIULI VENEZIA GIULIA - Ricoveri per acuti.....	25
FRIULI VENEZIA GIULIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	26
LIGURIA - Ripartizione FSR.....	27
LIGURIA - Ricoveri per acuti.....	28
LIGURIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	29
EMILIA ROMAGNA - Ripartizione FSR.....	29
EMILIA ROMAGNA - Ricoveri per acuti.....	30
EMILIA ROMAGNA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	32
EMILIA ROMAGNA - Altre forme di assistenza.....	33
TOSCANA - Ripartizione FSR.....	34
TOSCANA - Ricoveri per acuti.....	36
TOSCANA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	37
UMBRIA - Ripartizione FSR.....	38
UMBRIA - Ricoveri per acuti.....	38
UMBRIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	39
MARCHE - Ripartizione FSR.....	40
MARCHE - Ricoveri acuti.....	40
MARCHE - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	41
LAZIO - Ripartizione FSR.....	42
LAZIO - Ricoveri per acuti.....	42
LAZIO - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	43
CAMPANIA – Ripartizione del FSR.....	45
CAMPANIA - Ricoveri per acuti.....	46
CAMPANIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	47
PUGLIA - Ripartizione FSR.....	48
PUGLIA - Ricoveri per acuti.....	49
PUGLIA - Ricoveri riabilitazione e lungodegenza.....	51
BASILICATA - Ripartizione FSR.....	52
SICILIA - Ricoveri per acuti.....	52
SICILIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.....	53

■ RIPARTIZIONE DEL FSR - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali	54
■ RICOVERI PER ACUTI - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali di remunerazione.....	58
■ RICOVERI DI RIABILITAZIONE - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali di remunerazione e delle relative tariffe massime per il ricovero in regime ordinario	62
■ RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - Tariffe regionali massime	63

PREMESSA

Il documento descrive le principali caratteristiche dei sistemi di finanziamento del servizio sanitario di quindici regioni e, con riferimento alle attività di ricovero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, delinea le peculiarità dei sistemi di remunerazione e propone il confronto tra i sistemi tariffari massimi adottati localmente.

Il documento è stato realizzato con il contributo delle regioni che hanno aderito alla richiesta dell'Agenas di comunicare la propria normativa o sulla base delle norme desunte dai siti regionali.

E' doveroso precisare che potrebbero sussistere omissioni o inesattezze dovute alla mancata cognizione o al mancato reperimento di atti normativi regionali. Si invitano, pertanto, le regioni a segnalare le imprecisioni ed a fornire le opportune integrazioni.

LA NORMATIVA NAZIONALE

I riferimenti normativi nazionali delineano la cornice del sistema di finanziamento degli erogatori di prestazioni sanitarie. Il Dlgs 502/92 e succ. mod. e integr. ha stabilito che "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito ... determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte Le funzioni assistenziali sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le altre attività sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione" e "Il Ministero della sanità determina le tariffe massime tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, ... dei costi standard delle prestazioni, .. dei tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni".

Il DM 15.04.1994, ha attribuito alle regioni il compito di determinare ed aggiornare le tariffe. Con il DM 14.12.1994 Il Ministero della salute ha determinato le tariffe massime per i ricoveri ospedalieri e con il successivo DM 30.06.1997 le ha aggiornate, specificando che le regioni possono articolare i propri tariffari 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. Il DM 12.09.2006, emanato ai sensi della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (finanziaria 2005), ha fissato le tariffe massime per ricoveri ospedalieri e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che "gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime ... restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe".

Nei limiti consentiti dalla norma nazionale ciascuna regione ha strutturato il proprio sistema di finanziamento, articolandolo tra finanziamento delle funzioni assistenziali e remunerazione tariffaria sulla base dei propri obiettivi di programmazione sanitaria.

CRITERI DI ANALISI

L'analisi ha riguardato i complessivi sistemi regionali di finanziamento dei servizi sanitari, con riferimento sia ai criteri per la ripartizione del fondo sanitario, per la assegnazione dei finanziamenti alle aziende pubbliche ed agli erogatori privati, alla previsione di eventuali finanziamenti per le funzioni assistenziali, sia i sistemi di remunerazione tariffaria delle prestazioni.

Si può ritenere, infatti, che le singole componenti del sistema di finanziamento/remunerazione siano fra loro strettamente correlate e costituiscano, per le regioni, un importante strumento per la programmazione. L'articolazione dei sistemi regionali tra le singole componenti è finalizzato al perseguimento degli obiettivi previsti e dipende da molteplici fattori, tra i quali l'assetto proprietario degli erogatori certamente ricopre un ruolo importante.

Per le singole regioni, infatti, è rilevante la destinazione dei fondi secondo la tipologia dei soggetti destinatari: il finanziamento dei soggetti pubblici serve a coprirne i costi (che comunque gravano sul bilancio regionale), il finanziamento di soggetti privati costituisce una effettiva spesa, pertanto l'articolazione tra finanziamenti forfettari -destinati solo ad alcuni erogatori- e rimborsi tariffari può essere il mezzo per perseguire l'equa allocazione delle risorse.

Rispetto a ciascun erogatore è rilevante il complessivo finanziamento, non certamente il fatto che esso derivi da distinte quote relative al finanziamento delle funzioni o alla remunerazione tariffaria.

E' evidente, quindi, che le singole tariffe non necessariamente devono essere nello stesso modo remunerative delle singole prestazioni, ciò che deve essere valutato è il complessivo volume economico che esse determinano.

Si è, quindi, tentato di identificare i modelli di finanziamento, valutandone l'eventuale correlazione con l'assetto proprietario della struttura dell'offerta regionale.

Con riferimento al Fondo Sanitario Regionale, l'analisi ha mirato a verificare

- i criteri di accantonamento di quote a livello centrale (verificandone gli scopi ed i destinatari),
- i criteri di ripartizione tra le aziende sanitarie,
- la ripartizione tra livelli essenziali di assistenza.

Con riferimento al sistema di remunerazione tariffaria, distintamente per ricoveri acuti, di riabilitazione e di lungodegenza, l'indagine è stata incentrata su alcune caratteristiche determinanti del sistema quali

- le tariffe (in particolare: modalità di determinazione, classi tariffarie, regole di applicazione, remunerazione aggiuntiva/incentivi/disincentivi/extratarriffe)
- il sistema di regolazione dei volumi di spesa e/o di attività (tetti o budget)
- i sistemi di controllo relativi all'attività erogata ed all'appropriatezza

Ove rilevati nella normativa fornita da singole regioni, sono stati analizzati ulteriori aspetti ritenuti di interesse.

LE EVIDENZE RISCONTRATE

Ripartizione del Fondo sanitario Regionale

Sono stati analizzati i sistemi adottati in dodici regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia, Basilicata), per le altre regioni non è stato possibile reperire la normativa di riferimento.

Nella totalità delle regioni esaminate il Fondo Sanitario Regionale è destinato in parte ad accantonamenti accentrati ed in parte al finanziamento delle Aziende sanitarie per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'accantonamento di quote del FSR è destinato al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento delle aziende. Le informazioni contenute nelle norme regionali tuttavia, non sempre consentono di valutare la proporzione del FSR accantonata.

Gli accantonamenti sono generalmente destinati a finanziare mobilità passiva, spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, progetti obiettivo di reale interesse nazionale e regionale, ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente), eventuali ulteriori agenzie regionali, funzioni non tariffate.

Il finanziamento di funzioni non tariffate è previsto in tutte le regioni, tuttavia le previsioni normative sono molto differenziate nelle singole realtà, sia in relazione alla tipologia di funzioni oggetto di finanziamento, sia in relazione alla quota ad esse destinate, sia in relazione all'assetto proprietario dei soggetti destinatari (generalmente pubblici; in Lombardia, Veneto, Liguria, Lazio, Puglia anche privati). Frequentemente tra le funzioni oggetto di finanziamento non tariffario sono previste l'attività di ricerca, la didattica universitaria, le attività connesse al trapianto di organi, l'alta specialità, l'emergenza-urgenza, il pronto soccorso, la neuropsichiatria, la terapia intensiva, le attività trasfusionali.

L'assegnazione alle Aziende sanitarie dei fondi rimanenti dopo gli accantonamenti viene effettuata secondo modelli differenti:

- A. in alcune regioni tutti i fondi sono assegnati alle Aziende Sanitarie Locali, a cui di conseguenza compete di stipulare accordi con gli erogatori pubblici e privati, coerentemente con gli obiettivi della programmazione regionale, relativi ai volumi di prestazioni necessari a garantire i LEA
- B. in altre regioni i fondi sono assegnati in parte in parte alle Aziende sanitarie non territoriali (pubbliche: Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS; in alcune regioni anche private) ed in parte alle ASL, le quali, devono stipulare accordi, coerentemente con gli obiettivi della programmazione regionale, con gli erogatori privati relativi ai volumi di prestazioni necessari a garantire i LEA

Indipendentemente dal modello adottato, alcune regioni definiscono centralmente i budget (volumi di prestazioni e/o economici) degli erogatori privati.

Il modello di cui al punto A. è adottato in Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche. Il modello di cui al punto B. è adottato in Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata.

La ripartizione di fondi alle Aziende Sanitarie Locali viene effettuata nella maggioranza delle regioni secondo quota capitaria pesata, in base alla popolazione residente corretta secondo criteri differenziati, generalmente secondo parametri epidemiologici e demografici, in alcune regioni considerando anche le condizioni ambientali o socio-ambientali (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio), in Basilicata considerano anche la dotazione standard di posti letto per specialità ed ubicazione. Per altre regioni (Piemonte, Liguria, Marche) le norme esaminate non indicano il criterio di ripartizione dei fondi.

Il finanziamento delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie è differenziato tra regioni. Oltre alla previsione del finanziamento relativo alle funzioni non tariffate, in alcune (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche, Puglia) è prevista, almeno per alcuni erogatori, l'assegnazione di specifici fondi, generalmente in relazione a particolari obiettivi, in altre si prevede la remunerazione delle prestazioni erogate, sulla base di appositi accordi con le ASL (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria) o sulla base del sistema tariffario regionale (Lazio).

Il finanziamento degli erogatori privati è costituito generalmente dalla remunerazione tariffaria delle prestazioni erogate entro i limiti imposti da budget (o tetti) assegnati dalla norma regionale o stabilite negli accordi contrattuali con le ASL. In alcuni casi è previsto anche il finanziamento di funzioni non tariffate (Lombardia, Liguria, Veneto, Lazio).

Le quote del fondo destinate ai singoli LEA sono diverse tra regioni, ma non in tutte i valori sono indicati nelle norme esaminate. Per le regioni per le quali si dispone delle informazioni, all'assistenza collettiva è destinato fino al 5,5% del FSR, all'assistenza distrettuale quote comprese tra il 46% ed il 53%, all'assistenza ospedaliera quote comprese tra il 42% ed il 47%.

Figura 1 – ripartizione del FSR tra i Livelli Essenziali di Assistenza

	Assistenza collettiva	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Lombardia	5,5%	51,0%	43,5%
Veneto	5%	51%	44%
FVG	--	45,7%	54,3%
EmiliaR	4,6%	50,4%	45,0%
Toscana	5%	53%	42%
Lazio	5%	51%	44%
Puglia	4,40%	48,40%	47,20%
Basilicata	5%	51%	44%

Remunerazione tariffaria

Il sistema di remunerazione tariffaria è articolato in modo relativamente differenziato tra le regioni, sia in relazione ai sistemi tariffari, sia in relazione ai sistemi di regolazione dei volumi e della spesa, sia in relazione al sistema dei controlli.

Sistema di regolazione dei volumi di spesa e/o di attività

In tutte le regioni (con l'eccezione della Valle d'Aosta) è previsto un sistema di regolazione dei volumi di spesa e/o di attività, realizzato attraverso la definizione di budget / tetti per erogatore, in alcuni casi solo economici, in altri relativi anche a volumi e tipologia di prestazioni. In alcune regioni (Piemonte, Umbria, Lazio) tali budget si riferiscono alla complessiva produzione, in altre (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Puglia) i volumi di ricoveri per i non residenti non sono soggetti a limitazioni.

Nella quasi totalità delle regioni i budget riguardano tutte le prestazioni di ricovero, con l'eccezione della Lombardia, in cui non sono soggetti a budget gli interventi chirurgici per tumori maligni ed i parti, del Veneto, in cui per gli erogatori pubblici non sono soggetti a budget alcuni DRG se erogati da specifici reparti, e del Lazio, in cui i ricoveri relativi al DRG 391 (neonato sano) non sono soggetti a vincoli.

L'eventuale rimborso extratariffario per protesi o farmaci non è incluso nei budget.

Sistema tariffario per i Ricoveri per acuti

Le caratteristiche del sistema di remunerazione tariffario delle attività di ricovero per acuti sono sostanzialmente simili tra le regioni, tutte identificano le prestazioni secondo le stesse modalità, adottando la versione 19' del sistema DRG ed articolando le tariffe tra ricoveri ordinari (distinguendo quelli con durata di degenza di 0-1 giorno e remunerando separatamente le eventuali giornate oltre il valore soglia) e di day hospital (distinguendo tra casi chirurgici, per i quali sono previste tariffe forfettarie, e casi medici, per i quali sono previste tariffe per accesso, ad eccezione dell'Emilia Romagna che stabilisce tariffe forfettarie distintamente fino/oltre i tre accessi).

Le principali differenze riguardano le singole tariffe (con riferimento sia al valore, sia alle modalità di determinazione), la eventuale previsione di classi tariffarie (laddove presenti sono definite con criteri eterogenei), la presenza di rimborsi extratariffari per protesi e/o farmaci (di tipologie differenziate), i sistemi di incentivo/disincentivo.

Le tariffe sono determinate sulla base di analisi dei costi in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, per i soli DRG introdotti dai DRG vers. 19^ Valle d'Aosta e Lazio, per i soli DRG a rischio di inappropriatazza Liguria. Negli altri casi le tariffe sono desunte, in tutto o in parte, dalla normativa nazionale (DM 30.06.1997 o DM 12.09.2006), dalla tariffa unica per la compensazione della mobilità interregionale, dalle tariffe di altre regioni.

Le classi tariffarie, come si vede nella figura 2, sono previste in Piemonte (3 classi), Friuli Venezia Giulia (2 classi), Liguria (2 classi), Emilia Romagna (2 classi), Toscana (3 classi),

Umbria (3 classi), Marche (3 classi), Lazio (2 classi), Campania (9 classi), Puglia (2 classi). In genere nella classe a cui corrisponde la tariffa massima sono inclusi i soli erogatori afferenti la rete dell'emergenza e gli ospedali che svolgono attività di didattica o ricerca, con l'eccezione del Lazio in cui nella fascia inferiore sono inclusi i soli erogatori con meno di 120 posti letto, che non svolgono attività di didattica o ricerca, privi di pronto soccorso. Il range di variazione delle tariffe tra la fascia massima e quella minima ha ampiezze comprese tra il 5% (Lazio) e il 57% (Campania); nelle altre regioni il range di variazione è compreso tra il 10% ed il 22%.

Figura 2 – articolazione delle fasce tariffarie

Piemonte	- strutture pubbliche, equiparate, CdC def. accreditate fascia A: 100% della tariffa - CdC def accr. fascia B: -8% - CdC def accr. fascia C: -15% - CdC provv accr. : -20%, -22%
Friuli VG	- strutture rete emergenza o che svolgono attività didattica/ricerca: 100% della tariffa - altre strutture -21%.
Liguria	- tutte le strutture eccetto reparti pediatrici 100% della tariffa; - reparti pediatrici + 10%
EmiliaR	- aziende ospedaliere, istituti di ricerca, altri erogatori di alta specialità: 100% della tariffa - altri pubblici e privati: mediamente -13%
Toscana	- strutture emergenza urgenza 100% della tariffa - strutture elezione programmata -12% - Presidi Area Vasta +3%
Umbria	- strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA II +20%, - strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA I +10%, - altre strutture, 100% della tariffa
Marche	- Ospedali di Rete, le Aziende Ospedaliere e l'INRCA di Ancona - Ospedali di Polo e l'INRCA di Fermo - Case di Cura private
Lazio	- strutture con < 120 pl, in cui non è presente il pronto soccorso ed in cui non viene svolta attività di didattica o ricerca : -5% - altre strutture: 100% della tariffa
Campania	- AO Policlinici e IRCCS pubblici :100% della tariffa - PO di ASL e ospedali classificati sede di DEA e PS : 95% - PO di ASL senza PS, IRCCS privati, altri ospedali classificati : 90% - Case di cura: 6 classi, comprese tra 57% e 95%
Puglia	- Enti ecclesiastici equiparati alle AO, IRCCS, Aziende ospedaliero-universitarie e altri Presidi pubblici: DRG alta complessità +10%, altri DRG +5,5% - CdC : 3 classi tariffarie, DRG alta compl. Da -10% a +5%, altri DRG da -2% a -5%

In relazione al rimborso extratariffario per le protesi vi sono diversità tra regioni in merito alla tipologia di protesi, all'importo e ai destinatari del rimborso.

L'elenco delle protesi oggetto dei rimborsi extratariffari è molto diversificato, ma in tutte le regioni sono previste protesi cocleare e stimolatore cerebrale,. L'importo del rimborso in alcuni casi è predefinito (con importi diversi tra regioni), in altri è previsto il rimborso del costo sostenuto. In alcune regioni il rimborso extratariffario di alcune protesi è limitato ad specifici erogatori.

Sistema tariffario per i Ricoveri di riabilitazione

Per l'attività di riabilitazione sono state riscontrate evidenti difformità tra le regioni in relazione sia alla identificazione delle prestazioni oggetto di remunerazione, sia all'articolazione delle tariffe.

In alcune regioni, infatti, la prestazione oggetto di remunerazione è identificata attraverso il DRG, in altre è la prestazione erogata da specifici reparti, in altre è identificata dalla

intensità dell'assistenza, talvolta le prestazioni sono differenziate secondo il regime di ricovero.

Analogamente alle differenti modalità di identificazione delle prestazioni, come si vede nella figura 3, nelle regioni le tariffe sono differenziate in taluni casi secondo la MDC, in altri secondo i DRG; in alcune regioni sono previste tariffe diverse secondo la disciplina in cui il paziente è trattato o secondo l'intensità assistenziale, altrove non vi è alcuna differenziazione; in alcune regioni il valore soglia dopo il quale si prevede un abbattimento della tariffa coincide con quello (unico) ministeriale, in altre sono stabilite soglie differenziate per MDC o DRG ed anche la misura dell'abbattimento è variabile.

Figura 3 - Criteri di articolazione delle tariffe di riabilitazione

Piemonte	per regime di ricovero, disciplina, intensità di cure, MDC
Lombardia	per regime di ricovero, MDC e DRG
Veneto	per regime di ricovero, MDC
FVG	per regime di ricovero, disciplina, MDC
Liguria	per disciplina e MDC
EmiliaR	per regime di ricovero, disciplina, MDC
Toscana	per regime di ricovero, disciplina, MDC, periodo di ricovero
Umbria	per regime di ricovero, disciplina, MDC
Marche	per MDC tipo erogatori;
Lazio	per regime di ricovero, disciplina, MDC
Campania	per MDC
Sicilia	per MDC

Anche l'articolazione delle tariffe secondo il regime di ricovero si presenta diverso nelle singole realtà; in alcune regioni le tariffe sono differenziate tra regime ordinario e day hospital, in altre non vi è alcuna distinzione, in altre il day hospital non è previsto, in altre ancora le prestazioni di day hospital sono opportunamente specificate; la variazione tariffaria tra prestazioni erogate in diverso regime assistenziale presenta notevoli differenze tra le regioni, sia in valore assoluto, sia in proporzione.

Per l'attività di lungodegenza le differenze rilevate riguardano il valore tariffario ed il valore soglia dopo il quale si prevede un abbattimento della tariffa.

Anche se si può ritenere che le differenze siano da attribuire alla differente organizzazione dell'assistenza nelle singole regioni, sarebbe utile definire criteri che consentano di identificare in modo omogeneo le prestazioni di riabilitazione.

La classificazione delle attività di riabilitazione secondo il sistema DRG, storicamente definito con riferimento ai ricoveri per acuti, non sembra in grado di evidenziarne quelle caratteristiche e peculiarità (intensità dell'assistenza, livello di disabilità dei pazienti, ecc) sicuramente indispensabili per analizzarne i costi e definire l'adeguata ed equa remunerazione.

Come valutare le eterogeneità

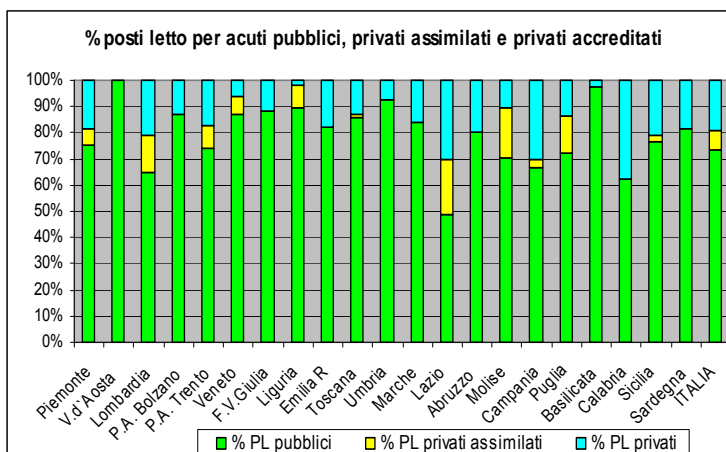
I sistemi regionali di finanziamento degli erogatori, come si è visto, sono articolati prevedendo sia il finanziamento di "funzioni assistenziali", sia la remunerazione tariffaria delle prestazioni. Ne consegue che i singoli sistemi tariffari di per sé non possono essere considerati "alti" o "bassi" se non in relazione al complessivo sistema di finanziamento degli erogatori. In situazioni in cui tariffe "basse" sono associate a ulteriori forme di rimborso (es. per le protesi) o di finanziamento (per funzioni non tariffate), è possibile che la spesa sia superiore a situazioni in cui a tariffe "alte" non sono associati altre fonti economiche.

Come è già stato evidenziato in precedenza, per valutare le differenze tra i tariffari è importante aver presente il ruolo che le tariffe ricoprono rispetto alle regioni. La remunerazione secondo le tariffe costituisce un effettivo esborso per il pagamento degli erogatori privati, mentre ha principalmente un ruolo di regolazione e valutazione nei confronti degli erogatori pubblici che, indipendentemente dal valore tariffario della produzione, sono comunque finanziati dalle regioni.

Quindi le tipicità dei singoli sistemi regionali di finanziamento degli erogatori dovrebbero essere valutate anche in base alla composizione pubblico-privato dell'offerta, e cioè in base alla presenza di erogatori pubblici (ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, IRCCS pubblici), assimilati al pubblico (Policlinici Universitari privati, IRCCS privati, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati presidio ASL, enti di ricerca) e privati accreditati (Case di Cura private accreditate), molto differenziata nel territorio nazionale, come si evidenzia nella figura 4 in relazione alla distribuzione dei posti letto per acuti per tipologia di erogatori.

	Posti letto per acuti			totale
	pubblici	privati assimilati	privati accredit.	
Piemonte	15.152	1.156	3.740	20.048
V.d'Aosta	488	-	-	488
Lombardia	30.207	6.546	9.640	46.393
P.A.Bolzano	2.035	-	304	2.339
P.A. Trento	2.011	228	477	2.716
Veneto	17.829	1.366	1.228	20.423
FV Giulia	4.529	-	606	5.135
Liguria	6.967	695	144	7.806
Emilia R	16.820	-	3.722	20.542
Toscana	13.859	142	2.110	16.111
Umbria	3.292	-	261	3.553
Marche	5.674	-	1.060	6.734
Lazio	14.789	6.239	9.138	30.166
Abruzzo	5.446	-	1.358	6.804
Molise	1.298	356	193	1.847
Campania	14.311	607	6.485	21.403
Puglia	11.637	2.223	2.204	16.064
Basilicata	2.499	-	60	2.559
Calabria	5.660	-	3.388	9.048
Sicilia	16.338	594	4.469	21.401
Sardegna	6.652	-	1.483	8.135
Italia	197.493	20.152	52.070	269.715

figura 4
distribuzione dei posti letto per acuti per tipologia di erogatori
(fonte: elaborazione Agenas di dati Ministero della salute, anno 2005)



Le differenze tra le tariffe regionali di singole prestazioni devono essere valutate anche sulla base di eventuali specifici obiettivi: per incrementare (o ridurre) i volumi di specifiche prestazioni o per favorirne lo spostamento verso diversi setting assistenziali è possibile che siano previste tariffe superiori (o minori) ai costi di produzione. Le differenze tra regioni, in questo caso, devono essere valutate anche in relazione al diverso grado di perseguimento degli obiettivi stessi, laddove, ad esempio siano già stati raggiunti i volumi desiderati di specifiche prestazioni o si sia completato il processo di spostamento verso setting assistenziali più efficienti, è possibile che le tariffe vengano ridotte, al contrario è probabile che siano maggiorate dove tali percorsi siano ancora in fase di avvio o non siano ancora completati. La tariffa "alta", quindi, in tali casi non deve essere considerata una diseconomia ma, al contrario, costituisce uno strumento per ottenere, nel breve-medio periodo, un recupero di efficienza e, quindi, un risparmio.

LA NORMATIVA REGIONALE

PIEMONTE - Ripartizione FSR

Il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2008 è regolato dalla DGR 1-8611 del 14.04.2008 "Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008".

La delibera indica gli obiettivi da perseguire nel periodo di riferimento e stabilisce il finanziamento netto per le ASL, le Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie, specificando che gli importi sono stati calcolati sulla base degli obiettivi previsti e dei dati riportati nel modello CE del 4° trimestre per la mobilità interregionale e per l'assistenza ospedaliera e specialistica da soggetti privati (eventuali variazioni derivanti dagli accordi regionali con le associazioni rappresentative e/o da provvedimenti regionali in materia di accreditamento e di sistema tariffario saranno valutati a parte).

Per le aziende ospedaliere i fondi sono comprensivi della valorizzazione della produzione, del finanziamento per funzioni e del fondo di riequilibrio.

Per ciascuna azienda è specificato il tetto massimo del costo del personale, determinato tenendo conto dell'obiettivo di perseguire, nell'arco del triennio 2008-2010, il tetto del 98,6% del corrispondente ammontare del 2004, del preventivo predisposto dalle ASR e dei processi di autorizzazione disposti dalla Giunta Regionale per l'attivazione di nuovi servizi ed attività.

Non è possibile desumere dalla delibera se siano previsti eventuali accantonamenti a livello regionale, né quale quota del FSR rappresentino i finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie; inoltre non specifica la quota destinata a ciascun livello di assistenza.

La delibera stabilisce specifici obiettivi relativi ai singoli livelli di assistenza. Con riferimento all'assistenza ospedaliera e distrettuale prevede la riconduzione del valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale, da attuare attraverso interventi volti a trattare in ambito extradegenziale i ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza ex allegato 2C del DPCM 29.11.2001, sia in degenza ordinaria che in ricovero diurno, a trasferire progressivamente i ricoveri di day surgery per cataratta, tunnel carpale e stripping di vene in regime ambulatoriale, a limitare il numero di day hospital diagnostici.

PIEMONTE - Ricoveri per acuti

Il sistema tariffario

La DGR 44-2139 del 07.02.2006 stabilisce, con decorrenza 1 gennaio 2006, le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

La tariffa costituisce il valore di riferimento dell'attività di tutte le strutture sanitarie piemontesi erogatrici di prestazioni di ricovero, pertanto, la eventuale differenziazione per specifiche funzioni attribuite ed esercitate dalle Strutture pubbliche ed equiparate è oggetto di apposito finanziamento regionale "per funzione".

Le tariffe sono determinate sulla base del peso per prestazione definito in sede regionale.

I pesi sono differenziati per ricovero ordinario, ricovero di 1 giorno, ricovero di day surgery, ricovero di day hospital medico.

I pesi, che sono raggruppati secondo 4 classi di DRG - alta complessità (72 DRG), inappropriati (43 DRG), sentinella (53 DRG), altri (338 DRG) -, sono definiti con le seguenti modalità :

- per i DRG introdotti o modificati con la vers. 19^A i pesi sono individuati con riferimento anche alla Tariffa Unica Convenzionale per la compensazione della mobilità interregionale 2006 e tenendo conto del peso attribuito nella versione DRG 14^A

- per gli altri DRG vengono confermati i pesi ex DM 1997, con le seguenti eccezioni:
 - o il peso è basato sulle tariffe TUC 2006 per i DRG relativi ai trapianti e per i DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, ad eccezione dei DRG 006 e 039, i cui pesi vengono mantenuti uguali sia per il ricovero ordinario che per il ricovero in day hospital chirurgico/day surgery o in ricovero di un giorno,
 - o per i DRG cardiocirurgici (104,105,106,107,108,109) il peso è allineato ai valori della TUC
 - o per alcuni DRG il peso è articolato in base alla presenza di specifici interventi o di specifici presidi sanitari.

Sono previste classi tariffarie differenziate. La tariffa base per i ricoveri ordinari, pari a 2.363 euro, è applicata alle strutture pubbliche ed equiparate ed alle case di cura definitivamente accreditate in fascia A. Per le case di cura private definitivamente accreditate in fascia B e C, la tariffa è abbattuta rispettivamente dell'8% (2.174 euro) e del 15% (2.009 euro).

Per le Case di cura private provvisoriamente accreditate con requisiti 1 (punto b.1 della DGR 72-17930 del 1 aprile 1997), la tariffa è abbattuta del 20% (1.890 euro), per le CdC provvisoriamente accreditate con requisiti 2 la tariffa è abbattuta del 22%.

Per le Strutture sanitarie accreditate esclusivamente per la day surgery, la tariffa base è abbattuta del 30% se si tratta di struttura accreditata in fascia A e di un ulteriore 8% e 15% per le strutture accreditate rispettivamente in fascia B e C, per cui il valore punto risulta determinato in € 1.654 per la fascia A, in € 1.465 per la fascia B ed in € 1.300 per la fascia C.

E' previsto il rimborso aggiuntivo, limitatamente ad alcuni erogatori, per protesi cocleare (21.474,28 euro) e stimolatore cerebrale (16.010,16 euro). Per tutti gli erogatori è previsto il rimborso del 50% del costo sostenuto per protesi d'anca e artrodesi vertebrale. Per i ricoveri in libera professione, il valore della protesi applicata viene ridotto di un ulteriore 50%.

Per i ricoveri ripetuti si prevede che le tariffe dei ricoveri ordinari successivi dello stesso paziente, di durata superiore a un giorno e limitatamente ai ricoveri in acuzie, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso ospedale, classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), sono ridotte del 20%.

Ai fini tariffari i ricoveri chirurgici di un giorno sono equiparati alle prestazioni di day hospital chirurgico/day surgery; non si raddoppia il peso in caso di dimissione "Deceduto" e "Trasferito".

Per i ricoveri medici di un giorno, con modalità di dimissione "Deceduto" e "Trasferito", si raddoppia il peso, in quanto si presume un consumo di risorse maggiore

Per i ricoveri in day hospital chirurgico/day surgery ed in ricovero di un giorno la tariffa è pari al 90% del ricovero ordinario

Per i ricoveri in day hospital medico (diagnostico e terapeutico) rimangono valide le regole di rilevazione stabilite dalla DGR 36-5380 del 25.02.2002.

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa e di attività

La DGR 33-8425 del 17.03.2008 recepisce gli accordi tra la regione e Associazioni dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS, per il biennio 2007-2008, relativi al budget.

E' previsto un budget economico per le singole CdC con previsione di regressione tariffaria a carico delle case di cura che registrano un incremento rispetto al tetto, pari al 50% per l'acuzie ed al 60% per la post-acuzie. La regressione non si applica alla eventuale quota di remunerazione riferita all'utilizzo di protesi e imputata analiticamente.

Tra le ASL competenti territorialmente e le singole case di cura vengono stipulati contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.lgs. 502/1992, in cui sono definiti la tipologia delle prestazioni erogate dalla casa di cura, il piano quali-quantitativo delle prestazioni da erogare in base al fabbisogno determinato dalla ASL (includendo le prestazioni da erogare in mobilità attiva), il budget complessivo delle prestazioni, la definizione della capacità produttiva effettivamente a carico del SSN, con contestuale attivazione di posti letto in regime privato. I contratti possono prevedere, compatibilmente con il piano di rientro regionale e con il budget assegnato alle ASL, un incremento prospettico del budget limitatamente a sviluppo di attività di postacuzie in ambiti territoriali oggi carenti, privilegiando forme di assistenza sanitaria degenziale extraospedaliera, sviluppo di attività

idonee a garantire la continuità assistenziale, sviluppo di attività carenti nel territorio di competenza della Asl.

Sistemi di controllo

La regione Piemonte prevede controlli di appropriatezza e controlli esterni delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

- Controlli di appropriatezza (la normativa di riferimento è costituita da: DGR 37-13743 del 25.10.2004; DGR 24-15233 del 30.03.2005, la DGR 1-8611 del 16.04.2008)
 - la DGR 37-13743/2004 indica, per i 43 DRG ex all. 2C del DPCM 29.11.2001, specifiche soglie regionali di ammissibilità (stabilite in proporzione sul numero di ricoveri per i DRG chirurgici, e in base al tasso di ospedalizzazione per mille abitanti per i DRG medici);
 - sono previsti ulteriori “eventi sentinella”, relativi a 53 DRG di tipo medico per i quali potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistico, in quanto comprendono procedure alle quali è possibile fare ricorso con diverso regime di trattamento, in base ad uno studio elaborato nell’ambito della mobilità sanitaria interregionale
 - la DGR 24-15233/2005 stabilisce che per tutte le prestazioni, relative ai DRG chirurgici a rischio di inappropriatazza, erogate in ricovero ordinario e che superano la percentuale stabilita dalla DGR 37-13743/2004, è riconosciuto il valore della prestazione effettuata in day surgery; per tutte le prestazioni relative ai DRG medici a rischio di inappropriatazza che superano il tasso di ospedalizzazione stabilita dalla DGR 37-13743/2004, verrà stabilito un abbattimento percentuale del valore della prestazione erogata; tale valore percentuale è costruito sulla base di un indicatore di non appropriatezza e calcolato per singolo DRG e singola ASL come segue: tasso di ospedalizzazione soglia meno tasso di ospedalizzazione effettivo, il tutto diviso per il tasso di ospedalizzazione effettivo. L’indicatore così ottenuto, ricalcolato al 50%, è la percentuale effettiva di abbattimento da applicare a tutti i ricoveri dei residenti della Azienda Sanitaria Locale per quel DRG prodotto dalle strutture per quella Azienda Sanitaria Locale, compresa la struttura della Azienda Sanitaria Locale stessa
 - La DGR 1-8611 prevede la riduzione dei DH diagnostici ed il progressivo trasferimento dei ricoveri di day surgery per cataratta, tunnel carpale e stripping di vene in regime ambulatoriale.

- Controllo esterno delle SDO: la DGR n. 41-2372 del 13.03.2006 “Attività di controllo sulla corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e individuazione delle modalità attuative del disposto del comma 2 dell’art. 88 della Legge 388 del 23.12.2000. Modificazioni alla DRG. 33-13816 del 02.11.2004 “ stabilisce che
 - L’attività di controllo sulla corretta codifica delle SDO, svolta dalle direzioni sanitarie di tutti gli erogatori di prestazioni del SSN, deve essere rivolta necessariamente anche all’assolvimento dei compiti richiesti dall’attività di sorveglianza e controllo di competenza regionale
 - Indica le modalità operativa a cui deve riferirsi l’attività di controllo, inizialmente rivolte alla verifica di particolari problematicità (anomali tassi di ospedalizzazione per singoli DRG, scostamenti significative nelle degenze medie, frequenze di ricoveri ripetuti, campioni di SDO e relative cartelle cliniche, casi di ricovero afferenti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza, ecc)
 - la Regione, attraverso la collaborazione del Nucleo tecnico di supporto per la valutazione ed il monitoraggio dell’attività di ricovero, invierà alle Aziende l’elenco delle SDO da sottoporre a verifica; le direzioni sanitarie hanno la responsabilità di effettuare i controlli su gruppi di SDO selezionate.
 - Per le case di cura private accreditate/provvisoriamente accreditate ed i presidi sanitari di cui all’art. 43 della legge 833/78 tali verifiche andranno svolte dalle Commissioni di vigilanza su indicazione regionale, con modalità analoghe. Le operazioni di controllo riferite all’annualità dovranno essere concluse entro il 28 febbraio dell’anno successivo.

PIEMONTE - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 10-5605 del 2.04.2007 ha adottato la riorganizzazione delle attività riabilitative post-acuzie e di lungodegenza, allo scopo di garantire interventi sanitari appropriati, continuità dei percorsi delle cure e razionalità nell'uso delle risorse, assicurando equità di accesso alle prestazioni, copertura della rete dei servizi, appropriatezza clinica, continuità (garanzia di una coerente successione e integrazione degli interventi), presa in carico globale (presenza di un progetto riabilitativo individuale orientato all'outcome globale della persona), efficacia (interventi di validità riconosciuta e condivisa), partecipazione del cittadino al percorso riabilitativo.

Garante del percorso riabilitativo, in termini di individuazione dei bisogni specifici del paziente oggetto di valutazione, e responsabile del "governo" delle necessarie risposte è lo specialista in medicina fisica e riabilitazione della struttura di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'ASL di residenza del paziente. I percorsi organizzativi sono promossi e supportati dal Distretto. Le attività riabilitative sono articolate, in accordo con quanto previsto dalle Linee guida del Ministero del 7.05.1998, in tre livelli, sulla base della intensità e della specializzazione richieste. La deliberazione specifica le condizioni di cliniche e di disabilità dei pazienti da trattare in ciascun livello e stabilisce che la maggior parte dei pazienti debba provenire da reparti per acuti (differenziando le quote sulla base del livello).

La deliberazione, inoltre, stabilisce la revisione del sistema delle attività riabilitative territoriali, domiciliari e in strutture residenziali e semiresidenziali. Per le funzioni riabilitative in età evolutiva sono previsti percorsi differenziati.

Il sistema di remunerazione delle attività di riabilitazione e lungodegenza è stabilito dalla DGR 44-2139 del 07.02.2006. Il sistema è differenziato per tipologia di erogatori.

Prestazioni erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 (IRCCS) e 43 della L. 833/78 e dalle Case di cura private definitivamente accreditate

Le tariffe sono determinate sulla base del peso per prestazione (DRG), definito in sede regionale.

Il sistema prevede tariffe differenziate per riabilitazione erogata da reparti cod. 56 Recupero e Rieducazione Funzionale di I e II livello, riabilitazione erogata da reparti cod. 75 Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione) e da reparti cod. 28 Unità spinale, lungodegenza post-acuzie (cod. 60). Per la disciplina 75 è previsto che la maggior parte dei ricoveri sia relativo ai DRG 23, 27, 28, 29, 30; in caso di DRG diversi la Regione si riserva la facoltà di effettuare controlli dettagliati con la possibilità di annullare l'effetto economico delle prestazioni erogate

La riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero diurno può essere svolta esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate nelle specialità cod. 56 di II livello, 75, 28.

La tariffa per le prestazioni di day hospital è ridotta del 35% rispetto alla tariffa del ricovero ordinario.

Sono previste 3 fasce tariffarie; la tariffa della fascia B è ridotta del 3% rispetto alla fascia A, la fascia C è ridotta del 5%.

Per le giornate di degenza oltre i valori soglia differenziati per MDC è prevista una riduzione tariffaria del 40%. Tale abbattimento non si applica ai ricoveri in disciplina 28 e 75.

Prestazioni erogate dalle Case di cura private provvisoriamente accreditate

Sono definite tariffe per la riabilitazione di I livello e per la lungodegenza. Per le giornate di degenza oltre valori soglia differenziati per MDC è prevista una riduzione tariffaria del 40%.

La DGR 33-8425 del 17.03.2008 prevede che per le case di cura provvisoriamente accreditate ad indirizzo neuropsichiatrico le tariffe in vigore al 31.12.2007 sono incrementate del 2%. Le tariffe così incrementate non potranno risultare in nessun caso superiori a quelle applicate alle strutture definitivamente accreditate in fascia C, ridotte del 5%.

Piemonte – tariffe riabilitazione e lungodegenza		ricovero ordinario								day hospital		
		Istituti pubblici, Presidi ex art 42-43 L 833/78 e CdC private definitivamente accreditate			CdC provv accreditate				gg. di valore soglia	Istituti pubblici, Presidi ex art 42-43 L 833/78 e CdC private definitivamente accreditate		
Specialità erogante	MDC	fascia A	fascia B	fascia C	con req DCR 616-3149/2000	seza req DCR 616-3149/2000	con requisiti 2 (punto a.2 DGR 72/97)	con requisiti 1 (punto a.2 DGR 72/97)		fascia A	fascia B	fascia C
RRF di II LIVELLO (cod 56)	MDC 1	267,96	259,91	253,34	222,33	211,22	-	-	60	174,15	168,92	164,65
	MDC 4	236,06	228,97	223,18	194,54	184,54	-	-	30	153,60	148,98	145,21
	MDC 5	256,62	248,91	242,61	211,22	200,66	-	-	30	166,83	161,82	157,72
	MDC 8	242,44	235,16	229,21	200,10	190,10	-	-	40	157,85	153,11	149,23
	Altre MDC	206,53	200,32	195,25	166,75	158,41	-	-	30	134,45	130,41	127,11
Unità gravi cerebrolesioni acquisite (cod75) RRF di III LIVELLO					342,41	342,41						
	MDC 1	350,67	340,13	331,53	-	-	-	-	-	227,79	220,95	215,36
Unità spinale (codice 28)		471,65	457,48	445,91	-	-	-	-	-	306,48	297,27	289,75
Unità di lungodegenza (codice 60)		154,07	149,44	145,66	-	-	134,70	137,63	60			
RRF di I livello (codice 56)		163,99	159,06	155,04	-	-	148,17	151,98	60			

VALLE D'AOSTA - Ricoveri per acuti

Il sistema di remunerazione dei ricoveri per acuti è stabilito dalla DGR 4986/2004 del 30 dicembre 2004, che stabilisce che le tariffe sono desunte dal DM 30.06.1997 per i DRG non modificati rispetto alla versione 10[^], e sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali per quanto riguarda i DRG modificati o introdotti con la vers. 19[^].

LOMBARDIA - Ripartizione FSR

La DGR 5743 del 31 ottobre 2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008" definisce gli obiettivi di programmazione 2008, l'ammontare e l'allocazione delle risorse nelle diverse tipologie di spesa e determina i criteri per la definizione degli obiettivi economici per ciascuna azienda.

La delibera individua i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza, prevedendo che l'incidenza del finanziamento per l'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro sia pari al 5,5%, per l'Assistenza distrettuale di almeno del 51% e per l'assistenza ospedaliera fino al 43,5%.

La Regione accantona le risorse da destinare a spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP, saldo mobilità sanitaria interregionale, all'Assistenza socio-sanitaria integrata, progetti obiettivo di reale interesse nazionale e Regionale, all' Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, funzioni non tariffate (da ripartire fra le ASL, secondo la competenza territoriale degli erogatori). Per l'anno 2008 sono previsti 687 milioni per il finanziamento di funzioni non tariffate, si confermano le tipologie di funzioni previste per il 2007 (DGR 3776 del 13.12.2006), ponendo particolare attenzione al potenziamento delle funzioni relative all'attività di ricerca degli IRCCS, alla didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia, all'ampiezza del case-mix e all'alta complessità dell'assistenza riabilitativa. Le ulteriori tipologie di funzioni non tariffate riguardano le attività di

trapianto, emergenza urgenza, neuropsichiatria, terapia intensiva e trasporto neonatale, complessità nell'erogazione delle attività di ricovero, formazione universitaria del personale non medico, casistica extraregionale in percentuale doppia rispetto alla media regionale, maggiori oneri di gestione derivanti da vincoli architettonici, sicurezza trasfusionale. In alcuni casi la determinazione del finanziamento per le funzioni non tariffate viene effettuato a consuntivo, nel momento in cui si ha la esatta nozione dei costi sostenuti (cfr DGR 7294 del 19.5.2008 "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2007" che assegna gli importi relativi alle funzioni non tariffabili specificandone i criteri di definizione). E' previsto, inoltre, un ulteriore finanziamento di 370 milioni per funzioni non tariffate relative a specifiche attività territoriali delle Aziende Ospedaliere, delle Fondazioni IRCCS e degli erogatori privati accreditati

I fondi residui sono distribuiti alle ASL sulla base della quota capitaria pro-capite/assistibile; per assistibili si intendono quei cittadini che, secondo i criteri concordati fra la regione e i responsabili delle ASL, risultano in carico alla ASL di competenza; la delibera prevede che nelle registrazioni siano evidenziati i pazienti domiciliati, non residenti, stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari.

Alla determinazione della quota capitaria per ASL concorrono tre criteri, il criterio storico (75% delle complessive risorse, secondo i criteri consolidati di pesatura (mortalità, consumi per fasce di età, ecc); il criterio demografico (16% delle risorse, assegnate considerando la differenza rispetto alla media regionale della popolazione residente con età superiore ai 65 anni e della frequenza di popolazione residente con problemi sanitari cronici) ed il criterio geografico (9% delle risorse, assegnate considerando la differenza rispetto alla media regionale alla densità abitativa ed altimetria).

Le ASL, congruentemente all'equilibrio del sistema e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi, attraverso la contrattazione, definiscono con gli erogatori pubblici e privati accordi per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale

La delibera stabilisce (tenendo conto delle manovre tariffarie che trasferiscono attività di ricovero ad attività ambulatoriali) il tetto delle risorse disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero (fino a 5.075 milioni di Euro) e le risorse disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale (fino a 1.650 milioni di Euro).

Non sono comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato:

- in regime di specialistica ambulatoriale: le prestazioni di dialisi e di radioterapia individuate con la DGR VII/19688 del 3.12.2004 e con la DGR VIII/3776 del 13.12.2006
- in regime di ricovero DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna, i parti, chemioterapia effettuate in day hospital che prevedano l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, dimessi da strutture con PS, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla DGR VIII/3776 del 13.12.2006, le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale con punteggio Glasgow Coma Scale <13, le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica.

LOMBARDIA - Ricoveri per acuti

La DGR 5743 del 31.10.2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008, nell'Allegato 7 "Le tariffe delle prestazioni sanitarie", ha aggiornato, con decorrenza 1 gennaio 2008, le tariffe delle prestazioni di ricovero. L'aggiornamento ha definito, sulla base della rilevazioni e valutazioni sui bilanci di esercizio e sulla contabilità analitica degli erogatori di prestazioni, una rimodulazione delle tariffe dei DRG, con una attenzione prioritaria a quelli di tipo complicato, intervenendo su tre elementi di rilievo che partecipano a formare la tariffa

delle prestazioni erogate: il peso relativo del DRG nella coppia di DRG complicato-non complicato, il valore di durata della degenza (valore soglia) oltre il quale è previsto un contributo integrativo giornaliero al DRG, il valore economico del punto DRG a partire dal quale sono ricalcolate le tariffe di ogni DRG; inoltre, tutte le tariffe sono state aggiornate con un incremento medio del 2%.

E' previsto (DGR 37597/1998 e DGR 4663/2001) il rimborso extratariffario per alcune endoprotesi (protesi d'anca; protesi tubolare endocoronarica (stent); defibrillatore cardiaco; protesi del ginocchio; protesi inetratriale "ad ombrellino"; impianti cocleari effettuati presso i centri di riferimento della regione Lombardia) per un importo pari al 25% del costo medio ponderato osservato.

La DGR 7612 del 11.7.2008 ha aggiornato le tariffe per i DRG 146, 148, 154, 191, 193 e ha stabilito che per l'impianto di valvole cardiache aortica o polmonare per via percutanea / transapicale il costo delle protesi è rimborsato in aggiunta alla tariffe DRG, con il vincolo che il rimborso complessivo (DRG + protesi) non superi il costo del DRG 104 incrementato del 20%. La percentuale di rimborso per il costo della valvola sarà definita con decreto della DG Sanità nel corso del 2008 considerando sia questo vincolo sia i dati di costo che saranno trasmessi in corso d'anno dalle strutture, prevedendo che tutte le strutture che intenderanno effettuare queste procedure dovranno darne preventiva comunicazione alla DG Sanità e dovranno accettare per questa casistica una revisione tra pari sulla appropriatezza specifica di queste prestazioni.

Sistema di regolazione dei volumi di spesa e/o di attività

La delibera 5743/2007 stabilisce che entro il 31.12.2007 siano sottoscritti i contratti tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati per l'erogazione di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale (budget) per i pazienti residenti in Lombardia (ed entro il 21.03.2008 sia definita l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua).

I pazienti extraregionali sono remunerati a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia.

In caso di superamento delle attività contrattualmente definite per le attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, l'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, dovrà necessariamente essere concordata per iscritto ed integrare il contratto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione.

Per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivamente. La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la DG Sanità la compatibilità di sistema.

Le seguenti prestazioni non sono comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico-epidemiologico e di appropriatezza (che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2008):

- in regime di specialistica ambulatoriale: le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR 19688 del 3.12.2004 e con la DGR 3776 del 13.12.2006;
- in regime di ricovero e cura:
 - le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR 19688 del 3.12.2004;
 - le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso di 40 euro per accesso finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F.;
 - i parti (DRG dal 370 al 375);

- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla DGR 3776 del 13.12.2006.
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome postcomatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13,;
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica.

Il sistema dei controlli

Il sistema dei controlli per l'anno 2008 è regolato dalla DGR 5743 del 31.10.2007 che (nell'allegato 9) ribadisce quanto previsto dalla DGR 4799 del 30.05.2007, confermando l'obbligo, per ogni ASL, di verificare almeno il 5% degli episodi di ricovero avvenuti sul proprio territorio di competenza evidenziando che non sussiste obbligo di preavviso per le visite ispettive, che le modalità di estrazione della casistica da controllare possono essere anche solo di tipo mirato, l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di codifiche non corrette; prevedendo la sovraterritorialità della funzione di controllo prevedendo che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL.

In caso di riscontri positivi in fase di controllo, sono previste sanzioni amministrative (pecuniarie, sospensione o revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento), civili (in ottemperanza a quanto previsto nei contratti che regolano i rapporti giuridici tra le ASL ed i soggetti erogatori privati accreditati). La DGR 4799 prevede, inoltre, la definizione di specifici indicatori.

Le ASL sono tenute al controllo dei ricoveri erogati da strutture che insistono nel proprio territorio. Per l'esecuzione dei controlli le ASL si avvalgono del Nucleo Operativo di controllo delle attività sanitarie (costituito con DGR 29381/1997). Per i ricoveri sono previsti controlli di congruenza e di appropriatezza. Sono previsti controlli anche in relazione all'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, volti a verificare la corretta rappresentazione delle prestazioni ed a verificare la congruenza tra prescrizione, attività erogata e rendicontazione.

La DGR 15324 del 28.11.2003 prevede che ciascuna ASL definisca annualmente il Piano dei controlli, integrando le tipologie e le modalità definite a livello regionale secondo proprie ulteriori esigenze. Il Piano dei controlli è lo strumento principale di cui dispongono le ASL per evidenziare ed integrare tra loro le linee di intervento.

LOMBARDIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione" ha classificato le aree di intervento riabilitativo in: riabilitazione specialistica, riabilitazione generale e geriatrica, riabilitazione di mantenimento (nell'allegato 1 della delibera sono definite le caratteristiche di ciascuna tipologia di attività e in allegato 2 i requisiti minimi di autorizzazione ed accreditamento), stabilendo che le U.O. di "Recupero e riabilitazione funzionale" e "Neuroriabilitazione" (cod. 28, 56, 75) sono riconducibili, in funzione delle tipologie di attività erogate, a U.O. di Riabilitazione specialistica, o generale e geriatrica o di mantenimento, mentre le attuali U.O. di Lungodegenza (cod. 60) sono riconducibili a U.O. di Riabilitazione generale e geriatrica o a U.O. di Riabilitazione di mantenimento.

L'offerta di Riabilitazione, nelle diverse aree di intervento, si articola nei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- Regime di ricovero ordinario: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica, di mantenimento
- Regime di day hospital: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica
- Regime a ciclo diurno continuo: nelle aree di generale e geriatrica (offerta dalle sole strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26,
- Regime ambulatoriale: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica (identificando tre fasce di classificazione dei pazienti, assegnando a ciascuna di esse un indice di fabbisogno riabilitativo medio per seduta pari a 30/40 minuti, 50/70 minuti, 80/90 minuti e stabilendo per ciascuna il numero massimo di sedute consecutive, pari rispettivamente a 30, 40, 60)
- Regime domiciliare: nelle aree di generale e geriatrica.

La DGR 5743 del 31/10/2007 stabilisce che le tariffe sono articolate per regime di ricovero e sono differenziate per MDC e DRG, così come il valore soglia.

Le tariffe del day hospital sono ridotte del 25% rispetto alla corrispondenti tariffe del ricovero ordinario.

Le tariffe 2008 sono incrementate mediamente del 2,2% rispetto a quelle precedentemente vigenti.

Le durate massime di degenza in area generale e geriatrica sono così determinate:

- 60 giorni per la riabilitazione generale;
- 90 giorni per la riabilitazione geriatrica;
- 1 anno per i pazienti in età evolutiva;
- indefinita per i pazienti in stato vegetativo

Le ASL hanno piena facoltà di negoziare i budget con i soggetti gestori di strutture riabilitative, nei limiti delle risorse complessivamente assegnate dalla Regione; nella negoziazione devono essere distinte le quote rispettivamente per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e per le altre prestazioni e che si debbano destinare il 4% del budget relativo ai ricoveri e il 14% relativo ai restanti regimi, al raggiungimento di obiettivi di qualità concordemente definiti.

Per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno (continuo, ambulatoriale e domiciliare) si può prevedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorsa negoziata per oggettive motivazioni. La quota trasferita dovrà essere preventivamente concordata con l'ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Non sono comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico-epidemiologico e di appropriatezza:

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome postcomatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica.

La DGR 4799 del 30.05.2007 stabilisce che, in collaborazione con gli esperti di settore, siano definite linee guida di riabilitazione per la definizione dei criteri di attribuzione dei pazienti a tre diversi livelli assistenziali in base alla patologia, morbilità, comorbilità ed altri fattori da definirsi. Inoltre, stabilisce che per i ricoveri di riabilitazione siano svolti dalle ASL controlli relativi alla presenza del soggetto per tutto l'arco del ricovero e alla presenza del programma riabilitativo individuale

Cure palliative DGR 5743 del 31/10/2007

La tariffa giornaliera in vigore per i dimessi dalle UO di Cure Palliative ospedaliere a partire dal 1° gennaio 2008 è di 253,00 euro, comprensiva della quota prevista per la messa a disposizione nella stessa camera di degenza di un posto letto per un accompagnatore.

Lombardia - tariffe riabilitazione				RICOVERI ORDINARI			DH
MDC	DRG	TARIFFA	VALORE SOGLIA	TAR OLTRE SOGLIA	TARIFFA		
1	1 2 3 5 6 7 8 10 11 20 21 24 25 31 32 33 34	233	40	139	176		
	4	267	60	159	200		
	15 16 17 18 19 35	289	40	173	217		
	22	306	60	184	229		
	12 13 14	344	60	206	259		
	9 23 27 28 29 30	362	180	217	271		
2	37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	167	20	99	125		
	36	167	30	99	125		
3	49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72	167	20	99	125		
	185 186 187						
4	75 76 77 78 79 80 81 83 84 85 86 90 91 93 94 95 98	223	15	133	167		
	82 89 96 97	257	20	153	192		
	99 100 101 102	267	20	159	200		
	87 88		40	159	200		
	475	314	30	188	235		
5	104 105 106 107 108 109 110 111 113 114 115 116 117 119 120 123	217	15	130	162		
	126 128 129 135 137 138 139 143 478 479 514 515 516 517 518						
	134						
	122 130 131 132 133 136 140 145						
	125						
	124 127						
6	146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 160 161 162	167	20	99	125		
	163 164 165 166 167 168 169 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 188 189 190						
7	191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 205 206 207	167	20	99	125		
	208 493 494						
8	210 211 212 213 216 217 218 219 220 223 224 225 226 228 229 230	217	15	130	162		
	231 232 233 234 237 238 239 242 246 248 250 251 252 255 252 255						
	471 491 496 497 498 500 501 502 503 519 520						
	243						
	209						
	244 245 247 253 254						
9	249 256	250	22	150	188		
	235 236	250	40	150	188		
10	257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 271 272 273	167	20	99	125		
	274 275 276 277 278 279 280 283 284						
11	285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 299 300 301	167	20	99	125		
	302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 316 317 318						
12	319 320 321 322 323 324 325 328 329 330 331 332 333 333	167	20	99	125		
	346 347						
13	334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 348 349 350	167	20	99	125		
	351 352						
14	353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 367 368 369	167	20	99	125		
	370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 384 391						
16	385 386 387 388 389 390	167	20	99	125		
	392 393 394 395 396 397 398 399						
17	400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 414 473 492	167	20	99	125		
	415 416 417 418 419 420 421 422 423						
18	424 425 426 427 428 429 430 431 432	217	30	130	162		
	433 521 522 523						
19	439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 453 454 455	167	20	99	125		
	504 505 506 507 508 509 510 511						
20	461 462 463 464 465 466 467	167	20	99	125		
	484 485 486 487						
21	488 489 490	167	20	99	125		
	483 495 512 513						
pre	103 468 469 470 476 477 480 481 482	217	20	130	162		

VENETO - Ripartizione FSR

La DGR 2690 del 23.09.2008 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2008 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza" ripartisce tra le ASL e le Aziende Ospedaliere il FSR residuo dopo specifici accantonamenti relativi a

interventi e attività svolte a livello accentrato regionale (251 milioni di euro) (svolti per conto del Servizio Sanitario Regionale o da riattribuire con vincolo alle U.L.S.S. (relativi all'Agenzia per i servizi sociosanitari, all'agenzia per la prevenzione e protezione ambientale, alla domiciliarità, realizzazione di azioni strumentali, ecc) e ai farmaci oncologici ad elevato costo (ai sensi della DGR 4051 del 11/12/2007), per un importo pari a 41 milioni di euro che rappresentano una stima dei costi relativi che saranno ripartiti sulla base dei rendiconti riferiti alle singole aziende.

I fondi vengono attribuiti alle ASL sulla base di una quota capitaria pesata coerentemente con i dati utilizzati dal riparto delle risorse su base nazionale (popolazione residente, popolazione pesata sull'età, in alcuni casi spesa storica, fabbisogno previsto dalla programmazione regionale ex DGR 4589/07), incrementando la quota pro capite del 25 per cento i comuni montani definiti "comuni particolarmente disagiati" e rinnovando il finanziamento all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto, istituito con Legge regionale 22.12.2005, n. 26, predefinendo il tetto di spesa per l'assistenza riabilitativa residenziale e residenziale e semiresidenziale a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso, il finanziamento per alcune funzioni/attività ed il fondo di riequilibrio,.

I criteri pesatura sono differenziati tra i LEA e, nell'ambito di ciascuno, sono articolati per specifiche attività.

Alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS sono assegnati specifici fondi (la delibera non indica il criterio di assegnazione).

I finanziamenti relativi alle funzioni sono destinati a erogatori pubblici (ASL, alle aziende ospedaliere ed all'Istituto Oncologico Veneto) (304.530.000 euro) e privati (case di cura e ospedali classificati) (19.021.188 euro), riguardano le attività relative a PS, emergenza, terapia intensiva (riconosciuto per la copertura dei costi di allestimento, tra i quali, in via prioritaria, quelli relativi al personale), avviamento attività IRCCS e finanziamento aziende integrate. Il finanziamento delle funzioni assistenziali rappresenta circa il 11% dei complessivi fondi assegnati al Livello di assistenza ospedaliero (2.714.756.000 euro).

L'incidenza, stimata da Agenas sulla base delle tabelle allegata alla delibera, del finanziamento per l'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro è pari al 5% del FSR, per l'Assistenza distrettuale del 51% e per l'Assistenza ospedaliera 44%.

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa e di attività

La DGR 4449 del 28.12.2006 stabilisce i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati preaccreditati per gli anni 2007-2009. l'obiettivo è il tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille da raggiungere entro l'anno 2009, ciascun erogatore pubblico e privato preaccreditato deve concorrere al raggiungimento di tale valore, mediante la riduzione dei ricoveri che produce per i residenti nella propria Azienda ULSS e nelle altre Aziende ULSS della provincia.

Il tetto massimo di ricoveri per i cittadini residenti in una Azienda ULSS che nel 2005 abbia già conseguito un tasso di ospedalizzazione pari o inferiore al 160 per mille rimane invariato rispetto all'anno 2005. Si intendono esclusi dal tetto i ricoveri dei cittadini residenti extra regione.

Per gli erogatori pubblici nella determinazione dei tetti (DGR 2691/2006) si fa riferimento esclusivamente al valore dei ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti in Veneto dagli erogatori pubblici della Regione Veneto ed oggetto di mobilità intraregionale; pertanto non sono inclusi i ricoveri resi agli assistiti di altre regioni, oggetto di compensazione interregionale.

La DGR 4449/2007 indica, per ciascuna Azienda ULSS ed Ospedaliera e per l'Istituto Oncologico Veneto, il numero dei ricoveri da ridurre al fine del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille nella propria Azienda ULSS e nelle altre Aziende della provincia di appartenenza. La riduzione del numero di ricoveri deve realizzarsi nell'arco temporale del triennio 2007-2009. L'eccesso di ricoveri rispetto al tetto stabilito, non sarà remunerata e la relativa quota finanziaria non dovrà essere corrisposta alla Azienda ULSS o Ospedaliera o all'Istituto Oncologico Veneto.

Sono esclusi dal tetto i ricoveri relativi a trapianti d'organo e di midollo (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513 e 042 e, se eseguiti nei reparti specificati, ai DRG 001, 002, 003, 004, 049, 075, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 124, 125, 146, 147, 148, 149, 156, 191, 192, 209, 217, 286, 287, 303, 353, 357, 386, 387, 392, 400, 405, 406, 407, 409, 471, 483, 484, 485, 486, 488, 491, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 514, 515).

La determinazione dei volumi di attività ospedaliera e dei tetti di spesa degli erogatori privati preaccreditati per il triennio 2007-2008-2009 (DGR 4449/2006), è frutto di un accordo con le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative degli erogatori stessi; secondo tale accordo il budget finanziario rimane invariato per il triennio 2007-2009 ed è finalizzato, mediante la riduzione dei ricoveri da parte di ciascun erogatore privato preaccreditato, al raggiungimento entro l'anno 2009 del tasso di ospedalizzazione standardizzato pari al 160 per mille nel Veneto

Per ciascun erogatore privato preaccreditato è fissato un budget finanziario per il triennio 2007-2009, che non include i ricoveri dei cittadini residenti extra regione, calcolato tenendo conto della produzione 2005 relativa a ricoveri - erogati a favore di cittadini residenti nelle singole AULS del Veneto - per acuti (al netto dei ricoveri relativi ai DRG 6, 39 e 119 il cui valore è sommato al budget della specialistica ambulatoriale), di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria, del finanziamento a funzione erogato per l'anno 2005 di cui alla DGR n. 3791 del 6.12.2005 e dell'incremento finanziario del 3 per cento previsto dalla DGR n. 4301 del 29.12.2004.

Gli erogatori privati preaccreditati potranno modificare la produzione complessivamente erogata anche incentivando il passaggio al regime ambulatoriale delle prestazioni previste dalla DGR 2468/06.

Il superamento del budget annuale comporta la regressione degli importi finanziari relativi alla attività effettuata in eccedenza; la regressione sarà effettuata in relazione al tasso di ospedalizzazione registrato nelle singole Aziende ULSS di residenza dell'assistito (in misura compresa tra 65% e 85%).

La delibera indica per ciascun erogatore privato preaccreditato il numero dei ricoveri da ridurre al fine del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato del 160 per mille nella Azienda ULSS in cui opera e nelle altre Aziende della provincia di appartenenza. La riduzione dei ricoveri deve realizzarsi nel triennio 2007-2009, prevedendo per ciascun anno un calo pari ad un terzo del totale.

Agli erogatori privati vengono riconosciuti incrementi che non fanno parte del budget e sono corrisposti solo se sono hanno ridotto, nel triennio 2007-2009, il numero dei ricoveri effettuati per i pazienti residenti nelle Aziende ULSS della provincia in cui opera per un valore annuo pari o superiore a quello previsto.

VENETO - Ricoveri per acuti

La DGR 916 del 28.03.2006 stabilisce, con decorrenza 1 gennaio 2006, le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle Aziende Ospedaliere e dai soggetti privati accreditati.

Le tariffe sono state determinate incrementando, sulla base di un metodo che utilizza un costo standard di produzione, calcolato, in via preventiva dalla Regione, sulla base dei costi pieni rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati preaccreditati. Sulla base dei risultati preliminari di tale analisi dei costi, le tariffe previste dalla DGR 62 del 21.1.2005 sono state incrementate in media del 3%, fino ad un massimo rappresentato dalla corrispondente tariffa TUC 2006, fatti salvi i DRG la cui tariffa era già superiore alla TUC 2006, per i quali non è stato applicato nessun incremento.

Per quanto riguarda la tariffa del DRG 238 (Osteomielite), di tipo medico altamente specifico e caratterizzato da forte attrazione extra-regionale, poiché a livello del Coordinamento Interregionale per la mobilità non è stata riconosciuta la peculiarità dei centri a forte attrazione interregionale, con conseguente perdita finanziaria per la Regione Veneto in sede di compensazione di mobilità, si stabilisce di riconoscere, rispetto alla TUC 2006, il 50% della differenza tra la tariffa prevista dalla DGR 62 del 21.1.2005 e la TUC 2006, e di reiterare la richiesta di riconoscimento di un incremento tariffario da parte del Coordinamento Interregionale per la mobilità

Le degenze medie ed i valori soglia sono stati definiti per i nuovi DRG introdotti dalla 19° versione sulla base dei risultati preliminari della analisi dei costi effettuata sul campione rappresentativo degli ospedali del Veneto, mentre per i restanti DRG verranno ridefiniti successivamente, utilizzando i dati consolidati con la versione 19°, relativi all'attività svolta dalle strutture di ricovero presenti sul territorio regionale nel corso dell'anno 2006.

Le tariffe relative ai DRG 6 (Decompressione del tunnel carpale), 39 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) e 119 (Legatura e stripping di vene), relativi alle prestazioni erogabili anche nel regime ambulatoriale ai sensi della DGR 2883 del 3.10.2003, saranno rideterminate con successivo provvedimento, nell'ambito di una più generale regolamentazione delle prestazioni ospedaliere erogabili anche nel regime ambulatoriale.

Le tariffe sono specifiche per DRG. Per i ricoveri ordinari di tipo medico con durata di degenza uguale o inferiore a una notte e per le giornate oltre il valore soglia si applica una tariffa unica, pari a 138,15 euro. Per i ricoveri diurni per l'erogazione delle prestazioni per chemioterapia e radioterapia (DRG 409, 410 e 492), se la degenza è uguale o maggiore a tre accessi per la somministrazione di antitumorali si applicano le tariffe DRG, se la degenza è inferiore a tre accessi per la somministrazione di antitumorali si applica la tariffa pari a 138,15 euro per accesso.

Per i ricoveri diurni per l'erogazione di prestazioni/procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico con attività assistenziale di almeno tre ore si applica una tariffa pari al 10% della tariffa DRG, indipendentemente dal numero di accessi.

Per i ricoveri diurni per l'erogazione di prestazioni/procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico connesse a peculiari situazioni cliniche del paziente quali età pediatrica e/o disabilità, con necessità di anestesia generale/sedazione profonda si applica la tariffa DRG indipendentemente dal numero di accessi.

La deliberazione prevede la remunerazione extratariffaria per il prelievo ed il trasporto di organo, per l'impianto di cuore artificiale, protesi d'anca, protesi cocleare multielettrodo, stimolatore cerebrale.

VENETO - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 916/2006, con decorrenza 1 gennaio 2006, aggiorna le tariffe dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.

Le tariffe giornaliere per la riabilitazione sono differenziate per reparto ed MDC e distinte tra ricoveri in regime ordinario e day hospital. Per i ricoveri ordinari nei reparti 28 e 75 a favore di cittadini veneti vengono dedotti rispettivamente 129 e 120,33 euro per giornata di degenza.

Per i ricoveri diurni in reparti 28 e 75 a favore di cittadini veneti vengono dedotti 85,00 euro per ogni accesso.

La tariffa viene oltre il valore soglia (pari alla degenza media del Veneto), differenziato per MDC e regime di ricovero. Per i ricoveri ordinari la riduzione è pari al 40% circa, per i ricoveri diurni la riduzione è compreso tra il 17% ed il 35%.

La degenza media dei ricoveri ordinari e diurni dei pazienti con disturbi alimentari nelle unità operative codice 56 è di 90 giorni, come definito dalla DGR 444/2000.

I ricoveri diurni per l'erogazione di prestazioni riabilitative sono remunerati se comportano almeno due ore di attività riabilitativa con le caratteristiche di cui agli indirizzi Day Hospital.

Veneto - tariffe riabilitazione e lungodegenza		regime ordinario			day hospital		
		tariffa	degenza media (valore soglia)	tariffa oltre soglia	tariffa	degenza media (valore soglia)	tariffa oltre soglia
Reparto 56	Mdc 1	260,22	60	155,53	212,82	21	138,15
	Mdc 4	230,31	20	137,59	187,63	18	138,15
	Mdc 5	248,26	20	149,55	182,04	13	138,15
	Mdc 8	236,28	25	140,57	190,57	10	138,15
	Altre	197,41	15	119,64	165,69	15	138,15
Reparto 28		393,53	--	--	259,73	--	--
Reparto 75		367,29	--	--	259,73	--	--
Reparto 60		157,58	40	84,05	--	--	--

Ricoveri per terapia psichiatrica

La DGR 916/2006 prevede una tariffa pari a Euro 170,49 per ciascuna giornata di degenza fino alla degenza media registrata per lo specifico DRG (riportata nella DGR 230/1997); per ogni giornata di degenza oltre la durata media tariffa pari a Euro 101,69.

FRIULI VENEZIA GIULIA - Ripartizione FSR

La DGR 1412 del 21.07.2008 2008 "LR 49/1996, art 20 – Programmazione annuale 2008 del servizio sanitario regionale", nel recepire le delibere della giunta regionale n. 3009 del 30.11.2007 "LR 49/1996, art 12: Approvazione delle linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2008", n. 264 del 8.02.2008 "Modifiche ed integrazioni alla DGR 3009/2007" e n. 49 del 12.02.2008 "Gestione del servizio sanitario regionale per il 2008: destinazione delle spese sovraziendali" stabilisce, tra l'altro, la destinazione delle risorse finanziarie tra gli enti del SSR.

E' previsto l'accantonamento a livello centrale di una quota pari al 2% del FSR per far fronte alle c.d. "spese e funzioni sovraziendali", nonché per il successivo riparto tra le aziende di attività il cui costo non è ad oggi definito nel dettaglio e riguardante la maggiore offerta dei nuovi accreditamenti di strutture private e l'avvio dello screening del colon retto.

La rimanente quota del FSR (98%) viene ripartita tra le aziende (ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS, agenzia regionale sanitaria, CSC).

La quota assegnata alle ASL rappresenta il 88% dei fondi assegnati alle aziende; la ripartizione è effettuata sulla base della quota capitaria.

Alle Aziende ospedaliere e IRCCS sono assegnati specifici fondi (pari a poco meno del 12% dei fondi distribuiti alle aziende) che comprendono i fondi per funzioni parzialmente tariffate e, per gli IRCCS includono anche il contributo per la ricerca.

I fondi assegnati a ciascuna azienda territoriale e ospedaliera comprendono i "Contributi d'esercizio da Regione per attività di interesse regionale" relativi a Centro regionale MMG, Piano sangue e NAT, HCV, Elisoccorso, Espianto organi, Progetti elencati, Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, Interventi Umanitari Coordinamento rete malattie rare, Tipizzazione soggetti da trapiantare Screening mammografico, Trapianti di midollo osseo.

Il Piano sanitario 2006-2008 (DGR 2843/2006) stabilisce che il fondo sanitario regionale venga ripartito tra aziende territoriali (alle quali il sistema riconosce una predominante responsabilità di tutela della salute) e gli ospedali (siano essi Azienda ospedaliera, ospedaliero universitaria, IRCCS o siano essi inseriti nelle aziende sanitarie territoriali), a cui vengono assegnati obiettivi di produzione ed erogazione di prestazioni.

Il PSR prevede un nuovo sistema di riparto delle risorse per le aziende territoriali ed ospedaliere.

Il finanziamento delle Aziende territoriali sarà definito sulla base di una quota capitaria pesata per caratteristiche di salute della popolazione (es. disabilità, cronicità, ecc.), caratteristiche socioeconomiche della popolazione, caratteristiche del territorio, risultati di salute (*performance*).

La remunerazione degli ospedali sarà calcolata in relazione a costi variabili standardizzati, costi fissi standardizzati, qualità della *performance*.

La quota capitaria per il finanziamento delle Aziende territoriali è calcolata secondo il seguente approccio:

- stima di un costo atteso per residente per distretto calcolato attraverso un modello statistico di regressione che utilizza il costo osservato come variabile dipendente e considera le esigenze di salute della popolazione residente come determinanti della spesa
- definizione e calcolo di un coefficiente di modulazione del finanziamento su indicatori di *performance*.

La remunerazione di un ospedale verrà considerata come la sommatoria di due componenti fondamentali: una prima componente rimborsa i costi variabili legati all'attività ed una seconda componente rappresenta i costi fissi generati dalle caratteristiche della struttura

A garanzia dell'equità del sistema è stato definito uno standard per i costi variabili ed uno per i costi fissi. In questo modo è possibile remunerare in modo identico ospedali con analoga attività e analoghe caratteristiche strutturali. Per ciascuna prestazione tariffata è stato definito uno standard del costo variabile facendolo corrispondere ad una specifica quota della tariffa. Questa quota dipende della specifica prestazione che viene erogata. Ad esempio, secondo gli studi condotti prima dell'introduzione del DRG, nel caso della protesi d'anca quasi il 75% della tariffa è riferibile ad un costo variabile, prestazione specifico, mentre nel caso del ricovero per lombosciatalgia, questa quota scende ad appena il 10% della tariffa.

Più complessa risulta al contrario la stima del costo fisso standardizzato. L'approccio seguito ha utilizzato un modello di regressione statistica per generare una stima del costo fisso atteso a partire dal costo fisso osservato.

La crescita programmata nel triennio 2006-2008 per l'assistenza ospedaliera è inferiore rispetto alla crescita avvenuta negli ultimi anni e pertanto nel triennio non si prevedono sviluppi di nuove funzioni o attività, ma interventi di crescita limitati a specifiche aree critiche (es. ambulatoriale, riabilitazione, post acuzie) o in strutture carenti (es. stroke unit a Pordenone). Per consentire l'attuazione di questi sviluppi appare necessario recuperare risorse attraverso la razionalizzazione interna del sistema, sia a livello locale, che a livello di area vasta o a livello regionale.

Il PSR stima che si arrivi, con le previsioni a fine triennio, ad un assorbimento percentuale di risorse del 54,3% per l'assistenza ospedaliera e del 45,7% per quella territoriale.

Il Protocollo d'intesa con l'Azienda ospedaliero-universitaria (DGR 3439 del 29.12.2005) stabilisce che la Regione concorre al finanziamento delle attività svolte dalla Azienda ospedaliero – universitaria, con le seguenti fonti di finanziamento:

- a. corrispettivo delle prestazioni prodotte secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale stabiliti dalla Regione, in base alla programmazione dell'attività attesa da effettuarsi annualmente;
- b. fondi per l'attuazione di programmi di ricerca sanitaria finalizzata regionale in ambito biomedico, riconosciuti di interesse comune da Regione ed Università e altri finanziamenti per l'attuazione di programmi di rilevante interesse regionale non finanziati secondo quanto previsto nella lettera a);
- c. retribuzione di tutto il personale medico e non medico dell'Azienda ospedaliero – universitaria, nonché di quello universitario per l'attività assistenziale da questo svolta, desunta dalla contabilità analitica dell'Azienda ospedaliero-universitaria.

Ai fini della determinazione della quota di finanziamento regionale da attribuire all'Azienda ospedaliero – universitaria, la Regione si impegna a tener conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali connessi all'impegno ed alla specificità delle finalità istituzionali della Facoltà di medicina e chirurgia nel settore didattico e scientifico. I criteri e l'entità di tale importo aggiuntivo sono annualmente approvate dalla Giunta regionale, sentita l'Università.

FRIULI VENEZIA GIULIA - Ricoveri per acuti

La DGR 780 del 13.4.2006, richiamando la DGR 3223 del 12.12.2005 "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2006" che disponeva l'incremento delle tariffe di assistenza ospedaliera nella misura dello 0,5% a far data dal 1.01.2006, stabilisce il Tariffario Regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, da applicare a partire dal 1.01.2006.

Sono previste 2 fasce tariffarie: alle strutture afferenti alla rete di emergenza o che svolgono attività di didattica o ricerca si applica la tariffa base; per le altre strutture è prevista una riduzione del 21%.

Le giornate oltre il valore soglia sono remunerate con tariffe differenziate, rispettivamente fino a 60 e oltre 60 giorni oltre il valore soglia.

Le tariffe sono ridotte del 50% per le SDO inserite oltre il mese successivo alla data di dimissione. Per un elenco di DRG (relativi ad attività chirurgica di bassa complessità) ed ai ricoveri di durata inferiore ai 2 giorni si applica la tariffa del ricovero ordinario.

E' prevista remunerazione aggiuntiva - secondo importi predefiniti - per l'espianto di organo, trattamento con litotritore, per l'impianto di cuore artificiale, di protesi mammaria o di stimolatore cerebrale

La delibera conferma quanto previsto dalla DGR 3430 del 10.11.2000 "DPCM 27.3.2000 art. 1 comma 3 – Disciplina regionale in materia di attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e determinazione della quota di partecipazione regionale alla spesa per le prestazioni libero-professionali": la regione la remunera in misura pari al 70% le prestazioni ospedaliere istituzionali a carico del SSN e al 25% della tariffa nel caso di attività svolta presso altra Azienda del SSN.

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

I soggetti privati che sono già temporaneamente accreditati risultano operativi nelle funzioni di ricovero per acuti e per riabilitazione, nella specialistica ambulatoriale e nell'attività di assistenza territoriale.

La programmazione e la pianificazione dell'attività erogata da soggetti privati temporaneamente accreditati viene stabilita a livello regionale, con un tetto unico entro il quale sono definiti gli ambiti di spesa di ciascuna Azienda per i Servizi Sanitari (ASS), gli ambiti di attività per i diversi soggetti erogatori e gli opportuni strumenti per garantire la mobilità interaziendale ed il miglioramento dell'appropriatezza della domanda

A livello regionale, vengono individuate le risorse economiche minime che per il tramite delle diverse ASS sono destinate ai singoli erogatori privati accreditati, rappresentati dalle associazioni AIOP ed ANISAP. Tali risorse economiche costituiscono un unico budget su base regionale, nel cui contesto sono individuati gli ambiti di spesa indicativamente assegnati alle singole ASS per ogni singolo erogatore privato, ferma restando la possibilità di spostamenti di risorse tra ASS con conguaglio e compensazione finale annuale nell'ambito del tetto complessivo stabilito.

A livello di Azienda deve avvenire la stipula di contratti triennali con i soggetti privati temporaneamente accreditati, redatti secondo uno schema tipo al fine di garantire omogeneità di rapporti.

In base alle risorse disponibili nel triennio dovrà essere programmata l'attività in modo da non effettuare sfondamenti del tetto economico annuale assegnato. Nel caso di superamento del budget è individuato un meccanismo di flessibilità con applicazione di regressioni tariffarie, così articolato:

Abbattimenti tariffari per l'attività di ricovero

- per il primo 5% del budget, abbattimento tariffario del 30%
- dal 5 al 10 % del budget, abbattimento tariffario del 50%
- sopra il 10% del budget, abbattimento tariffario del 100% della tariffa

Gli importi derivanti dalla regressione tariffaria non saranno oggetto di consolidamento nel budget per l'anno successivo.

Sistema di controllo dell'appropriatezza

La DGR 2843/2006 (Piano sanitario 2006-2008) ha introdotto un meccanismo di modulazione che premia la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni effettuate. Tale meccanismo si basa sulla definizione di indicatori di "performance" in grado di generare, con cadenza trimestrale, un coefficiente di penalizzazione della remunerazione riconosciuta sui costi variabili delle prestazioni effettuate. Questo coefficiente determina la remunerazione piena dei costi variabili se vengono rispettati gli standard di performance previsti e un abbattimento della remunerazione in caso di mancato rispetto degli standard. Se, per esempio, un ospedale cercasse di aumentare i suoi ricavi aumentando la erogazione di interventi di cataratta in ricovero ordinario vedrebbe penalizzata la remunerazione di tutte le prestazioni effettuate.

FRIULI VENEZIA GIULIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 780 del 13.4.2006 stabilisce Tariffario Regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, da applicare a partire dall'1.1.2006.

Le tariffe giornaliere per la riabilitazione sono articolate per reparto, regime di ricovero, MDC e DRG.

Per il ricovero ordinario, esclusa la disciplina 75, è previsto l'abbattimento della tariffa del 40% oltre il 40° giorno.

Il day hospital è erogabile solo presso due strutture indicate dal Piano settoriale per la riabilitazione di cui alla deliberazione giunta 31 ottobre 1996, n. 4965; La tariffa per le prestazioni di day hospital è ridotta del 29% rispetto alla tariffa del ricovero ordinario.

Friuli Venezia Giulia – tariffe riabilitazione e lungodegenza				
	MDC	DRG	regime ordinario	Day Hospital
	1	1-35	277	-
	4	75-102; 475	243	-
	5	103-108; 110-145 478; 479	264	-
	8	209-256; 471 491	250	-
	ALTRE		243	-
Reparto 75	1	DRG 9 - 35	361	255
	2	DRG 45 - 48	361	255
	8	DRG 235 - 256	361	255
	10	DRG 298 - 299	361	255
	19	DRG 425 - 432	361	255

Lungodegenza

Per i ricoveri nei reparti per lungodegenti si applica la tariffa giornaliera di 178 euro. Per gli erogatori di fascia B la tariffa è ridotta del 15%

Servizi di diagnosi e cura psichiatrici

Per i ricoveri nei servizi di diagnosi e cura psichiatrici si applica la tariffa giornaliera di 197 euro.

LIGURIA - Ripartizione FSR

La DGR 208 del 07.03.2008 "Anno 2008, assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli enti equiparati. Direttive ed obiettivi" definisce il quadro e la destinazione delle risorse del FSR, prevedendo che una quota sia accantonata per spese regionali accentrate ed il rimanente sia ripartito tra le aziende.

Sono previsti specifici accantonamenti (33 milioni) per le agenzie regionali e per la mobilità passiva pregressa e ulteriori accantonamenti (65,5 milioni) per rinnovo dei contratti del personale, farmaci oncologici, progetti e interventi regionali, distribuzione diretta di farmaci.

Il Fondo residuo (2.894.058.883 euro) viene ripartito tra le Aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere; è previsto un finanziamento delle funzioni (1.232.000 euro), che rappresenta meno dell'1% di tale fondo.

La deliberazione assegna i budget alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere ed agli enti equiparati (ospedali classificati e IRCCS privati) per l'anno 2008.

I budget sono determinati tenendo conto di analisi dei costi, degli interventi di razionalizzazione, degli obiettivi di potenziamento dei servizi, di riequilibrio della quota capitaria nei singoli bacini di utenza, del funzionamento registri, dello svolgimento di specifiche attività da parte di alcune ASL e erogatori pubblici e privati.

I budget sono omnicomprensivi; per ciascuna azienda è indicato il costo massimo per il personale e vengono specificati gli obiettivi specifici da perseguire nell'anno. I budget includono il finanziamento per eventuali funzioni sanitarie (attività di assistenza intensiva territoriale e domiciliare a pazienti psichiatrici; attività di prelievo e trapianto d'organi; gestione registro regionale donatori di midollo osseo, attività di assistenza domiciliare ai bambini oncologici, trasporto neonatale e screening neonatale di massa; registro mortalità, registro tumori e registro mesoteliomi).

Il budget include le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera acquistate da erogatori privati accreditati, che nel 2008 devono essere comprese entro i limiti del 2007.

Le ASL devono stipulare accordi con le strutture situate nel proprio territorio per l'acquisizione di prestazioni da erogatori privati accreditati. Tali accordi includono le prestazioni erogate anche a residenti di altre ASL regionali, definiscono il numero massimo di prestazioni ed il relativo corrispettivo; le prestazioni eccedenti il budget vengono remunerate con una tariffa ridotta dell'80%. Con successivi atti sarà regolamentata la mobilità intra ed extra regione

LIGURIA - Ricoveri per acuti

La regione aveva adottato con DGR 243 del 09.03.2007 (piano di rientro) il tariffario ex DM 12.09.2006 ma, a seguito di una sentenza TAR, è tornata in vigore la DGR 83/2005.

Le tariffe sono state determinate secondo le seguenti modalità

- per i DRG già presenti nella versione 10^a dei DRG e non a rischio di inappropriatazza rimangono valide le tariffe ex DGR 5066/1997
- per i DRG di nuova introduzione o modificati le tariffe sono calcolate, nell'assenza di costi relativi, sulla base di uno studio sulle esperienze tariffarie attualmente in atto sul territorio nazionale
- per i DRG a rischio di inappropriatazza le tariffe sono determinate sulla base dei costi rilevati attraverso il sistema informativo "Gestione degli Ospedali delle Aziende Liguri per la sanità" (Goal)
- per i DRG a rischio di inappropriatazza le tariffe sono ridotte con specifici algoritmi rispetto al costo determinato attraverso il sistema Goal
- per la day surgery le tariffe sono pari al: 90% di quelle per il ricovero ordinario
- per il day hospital medico e ricoveri in regime ordinario di 1 g: la tariffa è pari al costo medio per giornata

Le tariffe si applicano a tutti gli erogatori ma per i dimessi da strutture pediatriche interamente dedicate e per i dimessi dai reparti pediatrici è prevista una maggiorazione del 10%.

Sono previste tariffe differenziate per i DRG 481 e 467 in presenza procedure relative a trapianto di midollo osseo, donazione / prelievo di midollo osseo.

Sono previsti rimborsi extratariffari per la raccolta, conservazione e distribuzione di cellule staminali da sangue periferico, cordone ombelicale, midollo osseo, per l'irradiazione totale corporea.

La DGR 1795/2005 ha previsto, dal 1 gennaio 2006, la riconversione a livello ambulatoriale di alcuni ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, relativi ai DRG 6 Decompressione di tunnel carpale, 39 Interventi sul cristallino, 342 Circoncisione età >17 anni, 133 Aterosclerosi, 134 Ipertensione, 142 Sincope collasso senza CC, 294 Diabete, che sono stati inseriti in Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Per ciascun PAC sono stabiliti:

- tariffe onnicomprensive, senza previsione di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino
- specifici protocolli di trattamento (set minimo di indagini/procedure da effettuarsi)
- soglie minime di prestazioni rispetto al complesso delle prestazioni erogate.

Il sistema dei controlli è articolato secondo diversi provvedimenti regionali, volti a ridurre l'inappropriatazza (PSR 2003-2005, DGR 260/2004 Obiettivi Direttori generali, DGR 829/2000 verifica cartelle cliniche, DGR 717/2000 riduzione liste di attesa, DGR 196/2002 condizioni di erogabilità prestazioni ex all. 2B DPCM 29.11.2001).

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

Come indicato in precedenza, la DGR 208 del 07.03.2008 "Anno 2008, assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli enti equiparati. Direttive ed obiettivi", stabilisce che le ASL devono stipulare accordi con le strutture situate nel proprio territorio per l'acquisizione di prestazioni da erogatori privati accreditati. Tali accordi includono le prestazioni erogate anche a residenti di altre asl regionali, definiscono il numero massimo di prestazioni ed il relativo

corrispettivo; le prestazioni eccedenti vengono remunerate con una tariffa ridotta dell'80%. Con successivi atti sarà regolamentata la mobilità intra ed extra regione

LIGURIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 83/2005 stabilisce tariffe giornaliere specifiche per MDC; oltre il 60' giorno (esclusi i reparti di alta specialità riabilitativa per i quali non si applica il valore soglia) la tariffa è ridotta del 40%.

Liguria – tariffe riabilitazione e lungodegenza		
		Prestazioni erogate in regime di degenza
Reparto 56, 75	MDC 1	261,84
	MDC 4	230,86
	MDC 5	251
	MDC 8	237,05
	Altre MDC	201,42
Reparto 28	DRG 9	353,48
	Altri DRG	Come rep. 56, 75
Reparto 60		137,89

EMILIA ROMAGNA - Ripartizione FSR

La DGR 602/2008 stabilisce le "linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2008".

La deliberazione prevede accantonamenti per finanziamento sistema integrato SSR università, inclusa la copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente (95,960 milioni di euro), finanziamento strutture e funzioni regionali e innovazione (49,256 milioni di euro), sostegno ai piani di rientro (188,1 milioni), garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e sostegno dei processi di riqualificazione delle aziende del SSR, differenziali di tariffe per il 2007 (regionale e TUC, per complessivi 14 milioni), Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA) (50 milioni).

La parte del FSR (6.884.678) destinata al finanziamento dei Livelli di assistenza comprende, oltre alle risorse distribuite a quota capitaria (che rappresentano il 91%), il finanziamento per l'Arpa (50 milioni di euro), il finanziamento per progetti e funzioni sovra aziendali e specificità aziendali (relativi a emergenza 118, progetto sangue, trapianti, ecc., per complessivi 76,6 milioni di euro, pari all'1%).

Le aziende USL sono finanziate sulla base della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi, in relazione ai livelli essenziali di assistenza.

La ponderazione per l'assistenza collettiva tiene conto della popolazione residente all'1/1/2007, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede, numero di impianti e delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti, numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE).

La ponderazione della quota capitaria per l'assistenza distrettuale è basata su distribuzione della popolazione per sesso ed età (differenziate secondo le diverse tipologie di funzioni assistenziali), consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2007, costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione con MMG e PLS, consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2006 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali

La ponderazione della popolazione per l'assistenza ospedaliera è effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2006, comprensivi della mobilità passiva extraregionale, tenendo conto degli ultra 85-enni; si applica, inoltre, una correzione con un indicatore proxy del bisogno rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e calcolato sul triennio 2004-2006.

Complessivamente, l'Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro assorbe il 4,6% delle risorse (ma tenendo conto della quota destinata all'Arpa si passa al 5,35%), l'Assistenza Distrettuale il 50,4%, all'Assistenza ospedaliera sono state assegnate il 45,0% delle risorse complessive, con un incremento pari all'1% rispetto al 2007, coerentemente ai fabbisogni di spesa emergenti a seguito della continua innovazione tecnologica.

Per ciascuna azienda viene indicato il livello di risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale. Vengono altresì indicate le risorse, ulteriori rispetto a quelle derivanti dal finanziamento a quota capitaria e per funzioni o progetti, attribuite alle aziende a fronte dei Piani di rientro strutturale dal deficit, in continuità con gli anni precedenti

Al ciascuna Azienda territoriale nel cui territorio insista una azienda ospedaliera, sono assegnati contributi, ulteriori rispetto alla quota capitarla, a fronte di obiettivi di produzione ospedaliera con tale azienda, da includere nell'accordo di fornitura 2008 tra le due aziende. Per gli Istituti Ortopedici Rizzoli, a garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevede un apposito finanziamento, oltre al quale si prevede un contributo per funzioni e specificità assistenziali

EMILIA ROMAGNA - Ricoveri per acuti

La DGR 1920/2007 aggiorna, con decorrenza 01.01.2007, le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Le tariffe sono state determinate con metodologia top-down (software CAMS) sulla base di una analisi dei costi (relativa ai dati 2005), tenendo conto del DM 12.09.2006 e con l'obiettivo di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per attività e problemi clinici che possono essere trattati con pari efficacia e sicurezza in regimi assistenziali meno onerosi. La delibera, inoltre, aggiorna il valore soglia del numero di giornate di degenza per DRG.

La successiva DGR 1863 del 10.11.2008 aggiorna, a seguito di una verifica dei costi effettuata nel 2007, con effetto retroattivo dal 01.01.2008, le tariffe di ricovero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza..

La DGR 1863, inoltre, stabilisce che, dal 1 luglio 2008, le prestazioni erogate ai cittadini provenienti da fuori regione sono remunerate con il tariffario in uso anno per anno per la mobilità sanitaria e prevede che per i cittadini provenienti dal Veneto e dalle Marche valgono gli accordi specificatamente sottoscritti in termini di tetti di budget.

Sono previste due fasce tariffarie, la delibera elenca gli erogatori afferenti a ciascuna; la fascia A comprende aziende ospedaliere, istituti di ricerca, altri erogatori di alta specialità; la fascia B comprende le restanti strutture ospedaliere, sia di tipo pubblico che di tipo privato accreditato.

La differenza del valore tariffario tra le fasce non è costante, per alcuni DRG non vi è alcuna differenza, la mediana delle differenze è pari al -13,2%, la moda è pari al -20%.

Per i ricoveri medici di 1 giorno è stabilita una tariffa unica (124,7 euro), ad eccezione dei DRG 373,124, 125, 323, per i quali la tariffa è pari all'80% della tariffa ordinaria.

Per i ricoveri di day hospital medico sono stabilite tariffe differenziate in base al numero di accessi. Fino a 3 accessi è prevista una tariffa forfettaria unica (124,7 euro), ad eccezione del DRG 323, per il quale la tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni, e dei ricoveri di day hospital oncologico (DRG 409,410,492), per i quali la tariffa per accesso è pari a 310 euro.

Se il numero di accessi è superiore sono stabilite tariffe forfettarie specifiche per DRG; tali tariffe sono generalmente inferiori del 25% alle corrispondenti tariffe previste per il ricovero ordinario.

Le tariffe per i ricoveri di day hospital chirurgico sono generalmente inferiori del 20% alle corrispondenti tariffe previste per il ricovero ordinario.

Per i ricoveri ripetuti, esclusi i pazienti neoplastici, è previsto l'abbattimento del 50% della tariffa per intervallo temporale compreso tra 2 e 7 giorni, l'abbattimento del 20% per intervallo temporale compreso tra 8 e 30 giorni.

Per i dimessi dal cod. disciplina 47 "Grandi Ustionati" è prevista una tariffa giornaliera pari a 1.751 euro.

La tariffa per i neonati presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG è pari a 335,32 euro.

Per alcuni DRG (40, 119, 232, 270, 364, 124, 125) è stabilita una tariffa unica indipendente da regime di erogazione e fascia ospedaliera

Remunerazioni extratariffarie sono previste, limitatamente a specifici erogatori, con riferimento a

- Protesi: valori aggiuntivi rispetto al DRG (in presenza di specifici codici intervento) per l'impianto di alcune protesi (spalla, artrodesi vertebrale con/senza innesto osseo, protesi sfinteriche urinarie, protesi endoaortiche, stimolatore cerebrale, neurostimolatore spinale, pompa per infusione intratecale, protesi metacarpale/metacarpofalangea, protesi biliari, protesi mammarie e inserzione di espansore, neurostimolatore vagale, protesi cocleare) limitatamente a specifici erogatori o per i dimessi da specifiche discipline.
- per gli ospedali di fascia A, sono previsti rimborsi aggiuntivi per la revisione di articolazione di anca, di ginocchio, o in presenza di alcune diagnosi (alcuni tumori, piede torto, alcuni interventi di Chirurgia della mano
- Trapianti: sono stabilite apposite tariffe per trapianto di cornea, di intestino, multi viscerale, innesto di cute a seguito di ustioni, rene e cuore, rene e fegato, fegato e cuore; per il trapianto di osso è previsto un rimborso aggiuntivo
- Area ortopedica: sono stabiliti importi aggiuntivi per specifici interventi erogati da strutture classificate in fascia A
- cod. intervento 92.27(impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al cod. diagnosi V 58.0 la tariffa viene fissata in € 8.500,00

Per le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria la quota a carico della regione è pari al 50% del valore del ricovero (DGR 1920/2007).

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

La DGR 1654/2007 "Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2007-09 tra la regione Emilia Romagna e la associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata" è stata emanata ai sensi del sistema di accordi contrattuali configurato dalla DGR 426/2000, che prevede che siano stabiliti gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi, i volumi massimi di prestazioni per USL distinti per tipologia e per modalità di assistenza, i requisiti in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, ed il corrispettivo.

La delibera ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore dell'ospedalità privata ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che in molti casi hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato.

Il budget può essere utilizzato anche per l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale limitatamente alle prestazioni che, in base a valutazioni di appropriatezza, avranno una indicazione all'erogazione a livello ambulatoriale come livello maggiormente adeguato della degenza, e che trovano un'esplicitazione, consensuale e concordata di tale passaggio all'interno degli accordi locali. La delibera rimanda alla contrattazione locale la definizione dei livelli di budget da trasformare da ricovero ad ambulatoriale.

Per gli ospedali privati eroganti prestazioni di non alta specialità sono definiti i seguenti budget (con la previsione di meccanismi di riduzione economica delle eventuali prestazioni erogate oltre il tetto economico), modificabili in caso di variazione della mobilità passiva regionale o per il perseguimento di specifici obiettivi :

- budget per AUSL relativo alle prestazioni erogate a pazienti residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura, relativo a ricoveri per acuti, di riabilitazione (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60)

- budget regionale relativo alle prestazioni erogate a pazienti non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura, relativo a ricoveri per acuti, di riabilitazione (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60)
- budget di settore relativo all'attività psichiatrica e neuropsichiatrica (cod. 40)

Le Aziende USL definiscono i contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nell'ambito territoriale di propria competenza.

Il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie è definito DGR 426/2000, che prevede che il contenuto contrattuale debba determinare in maniera analitica il volume massimo di prestazioni, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, sistema di premio e penalizzazione tariffaria.

La DGR 1654/2007 stabilisce che il volume di fatturato relativo ai *residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget*, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna, fatti salvi i controlli previsti da parte dell'AUSL di competenza territoriale.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, vengono comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non sono conteggiate nel budget.

Il sistema dei controlli

Il sistema dei controlli, come ribadisce la DGR 1920/2007, è regolamentato secondo quanto previsto dalla DGR 2126/2005 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate dalla RER applicabili a decorrere dal 01/01/2005", negli allegati 6 e 7 "Controlli esterni ed interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero".

Sono previsti controlli di tipo amministrativo (svolti per lo più sulle variabili anagrafiche e finalizzati essenzialmente alla verifica dell'effettivo stato di assistito del beneficiario della prestazione, e della corretta tariffazione delle prestazioni stesse) e controlli di tipo sanitario, che riguardano i DRG potenzialmente inappropriati, per i quali la delibera fornisce indicazioni sulle tipologie di casistica da sottoporre a verifica.

Per i 61 DRG potenzialmente inappropriati (all.6 della delibera) sono stabilite specifiche tariffe e soglie di ammissibilità, aggiornate annualmente (cfr DGR 1872/2004 e succ. agg.). Le indicazioni sono di effettuare una verifica puntuale di appropriatezza clinica e organizzativa su cartella clinica su base campionaria dei casi, con l'obiettivo di mantenere i valori di inappropriatezza al di sotto del valore soglia.

I DRG potenzialmente inappropriati sono classificati secondo tre gruppi di ricoveri: inappropriati, appropriati tempestivi, appropriati tardivi, attraverso il sistema del Disease Staging, applicando i criteri di appropriatezza sviluppati dal Jefferson Medical College e validati da un panel di clinici della Regione

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 88. comma 2 della L.388/2000 e dall'allegato 7 della DGR 2126/2005, le Aziende, al fine di prevenire comportamenti opportunistici e di incrementare il livello di appropriatezza delle attività ospedaliere, devono sottoporre a controllo, per ciascun erogatore, compresi pertanto gli erogatori interni, un minimo del 2% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, con riferimento a pazienti residenti e non residenti.

EMILIA ROMAGNA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 1920/2007 aggiorna, con decorrenza 01.01.2007, le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. La DGR 1863 del 10.11.2008 aggiorna, con effetto retroattivo dal 01.01.2008, le tariffe di riabilitazione e lungodegenza.

Per i ricoveri di riabilitazione sono previste tariffe differenziate tra reparti (56, 75, 28) e specifiche per le MDC 1 e 24 e DRG 483, per la MDC 4, la MDC 5, la MDC 8, le altre MDC.

Le tariffe sono articolate tra ricoveri ordinari (per i quali sono stabiliti valori soglia differenziati tra MDC, oltre i quali la tariffa viene abbattuta in misura variabile, compresa tra -30% e -43%) e di day hospital (giornaliera fino a 3 accessi (ridotta) e oltre 3 accessi). Le tariffe di day hospital sono

inferiori alle tariffe per il regime ordinarie in misura variabile, in un range compreso tra -27% e -66%

Per le alte specialità riabilitative (pazienti in Unità spinale (cod. 28) e Riabilitazione Intensiva (cod.56-75) in condizioni di elevata instabilità clinica, e che necessitano di alta intensità assistenziale in relazione al fatto che debba essere garantita loro assistenza ventilatoria (cod. 96.7_), la tariffa è pari € 545,00, per i pazienti disciplina 28, e a € 457,00 per i pazienti 56 e 75.

Per i ricoveri di lungodegenza è stabilita una tariffa giornaliera, abbattuta oltre il 60° giorno di ricovero.

La DGR 1654/2007 stabilisce per gli erogatori privati il budget relativo all'attività di riabilitazione e lungodegenza.

Emilia Romagna - tariffe riabilitazione e lungodegenza		tariffa	valore soglia	tariffa oltre soglia	accesso DH fino a 3 accessi	accesso DH oltre 3 accessi
56	mdc 1 e 24 e drg 483	308,35	60	176,11	124,91	187,37
	mdc 4	218,96	21	128,8	124,91	141,95
	mdc 5	239,53	15	139,53	124,91	147,63
	mdc 8	246,85	40	144,5	124,91	158,99
	altre mdc	184,27	30	120	124,91	124,91
28	mdc 1 e 24 e drg 483	369,07	-	-	124,91	266,87
	mdc 4	206,41	-	-	-	-
	mdc 5	223,61	-	-	-	-
	mdc 8	231,57	40	138,94	124,91	158,99
	altre mdc	172,02	30	120	124,91	124,91
75	mdc 1 e 24 e drg 483	406,28	-	-	140,02	298,23
	mdc 4	406,28	-	-	-	-
	mdc 5	406,28	-	-	-	-
	mdc 8	406,28	40	234,77	140,02	168,48
	altre mdc	406,28	30	234,77	140,02	140,02
60	-	163,77	60	120	-	-

EMILIA ROMAGNA - Altre forme di assistenza

Hospice (DGR 1863/2008):

La tariffa per giornata di degenza da riconoscere all'Azienda USL, qualora la struttura non sia a gestione diretta, è pari a € 192,00, l'Azienda USL di competenza territoriale fatturerà all'Azienda USL di residenza del paziente i suddetti € 192,00 + € 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

Poiché l'attività erogata in Hospice non rientra nella compensazione interregionale della mobilità sanitaria, ma viene direttamente fatturata all'AUSL di residenza del paziente, si stabilisce che per i cittadini residenti in altre Regioni l'AUSL di competenza territoriale deve inviare richiesta di autorizzazione all'AUSL di residenza del paziente

Stati vegetativi persistenti

Per i ricoveri relativi a stati vegetativi persistenti (DGR 1863/2008) è fissata una tariffa giornaliera di riferimento pari a 257,50 euro (applicabile esclusivamente a pazienti inviati dai referenti aziendali di struttura pubblica regionale), accordi locali possono attestarsi a livelli diversi tenuto conto delle specificità dei singoli casi in relazione al profilo assistenziale

Ricoveri in reparti psichiatrici

Per i ricoveri in reparti psichiatrici (disciplina 40) è prevista (DGR 1920/2007 e DGR 1863/2008) una tariffa giornaliera, articolata tra ricoveri ordinari e in day hospital (80% del ricovero ordinario),

differenziata tra ospedali pubblici e ospedali privati. Sulle giornate eccedenti il sessantesimo giorno di degenza si applica la tariffa minima prevista per la lungodegenza medica.

La DGR 1654/2007 stabilisce per gli erogatori privati il budget di settore relativo all'attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Emilia Romagna – tariffe ricoveri in reparti psichiatrici	regime ordinario	Day hospital
Ospedali pubblici	300,00	240,00
Case di cura psichiatriche	177,65	142,12

Casa dei risvegli (DGR 1863/2008):

La struttura Casa dei risvegli "Luca de Nigris" sperimenta un nuovo modello assistenziale, per pazienti con gravi cerebrolesioni a bassa responsività protratta, di tipo paradomiciliare, per la preparazione alla domiciliarità. Stante la particolarità ed unicità della struttura, la sperimentazione in atto di un diverso modello assistenziale e riabilitativo al momento sostanzialmente rivolto a pazienti residenti. La Regione Emilia-Romagna partecipa con un finanziamento a funzione per la durata della sperimentazione (tre anni). Qualora venissero pazienti provenienti da altre regioni, è fissata una tariffa giornaliera onnicomprensiva, definita sulla base dei dati di costo forniti dall'Azienda, pari a € 450,00.

Prestazioni di emergenza

Limitatamente ai pazienti non residenti in Emilia-Romagna (DGR 1920/2007 e DGR 1863/2008) sono stabilite le seguenti tariffe:

- 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 euro

TOSCANA - Ripartizione FSR

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (DGR 53/2008) nel definire (nel capitolo 9) le linee del governo delle risorse economico finanziarie, prevede che il Fondo sanitario regionale (ai sensi della LR 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale") sia suddiviso in tre parti:

- Fondo ordinario di gestione della aziende unità sanitarie locali;
- Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
- Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Il Fondo ordinario di gestione è finalizzato ad assicurare le risorse per la gestione ordinaria delle attività, siano esse gestite direttamente dalle aziende unità sanitarie locali che da queste erogate tramite produttori diversi pubblici e privati in base alla normativa vigente. Esso è distribuito tra le aziende unità sanitarie locali secondo un criterio di equità rispetto alla popolazione residente opportunamente ponderata in ragione del bisogno rilevato.

I Fondi per lo sviluppo dei servizi sono finalizzati a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di piano tese alla copertura di specifici fabbisogni per servizi di alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno delle attività rivolte alle fasce di popolazione più debole.

I Fondi finalizzati all'organizzazione del sistema sono destinati a finanziare organi e istituzioni sanitarie di carattere regionale, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema, ivi compresa l'erogazione di assistenza a fasce particolarmente svantaggiate nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.

Annualmente la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari: al funzionamento di enti o organismi regionali; all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema; alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale.

Tali accantonamenti sono destinati a sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione; valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane, prelievo e trapianto di organi, progetti speciali, all'Agenzia Regionale Sanitaria, ARPAT, al fondo di sostegno all'attività delle funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata delle Aziende Ospedaliere Universitarie, al fondo per la diffusione dell'innovazione, della qualità e della produttività nelle Aziende Ospedaliere Universitarie per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'università, al fondo di sostegno delle attività delle Aziende Ospedaliere Universitarie caratterizzate dalla rilevante presenza di funzioni di didattica e di ricerca svolte dall'università, funzioni di riferimento regionale svolto dalla Fondazione toscana Gabriele Monasterio, ecc.

Il PSR, inoltre, stabilisce che la Giunta regionale procede annualmente all'accantonamento di un fondo da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema. Tale fondo, che ha la finalità di accompagnare i processi aziendali di recupero di efficienza, è ripartito tra le aziende sanitarie sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati a ciò tesi.

Il finanziamento delle ASL è basato sul Fondo ordinario di gestione, determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base delle risorse disponibili. Le risorse sono assegnate alle ASL sulla base della quota capitaria pesata (in relazione a popolazione residente ponderata con riferimento ai consumi per classe di età, caratteristiche morfologiche del territorio, distribuzione della popolazione nei centri urbani). Il Fondo è assegnato secondo due criteri:

- a) il 90% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sotto-livelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza. Le quote previste per ciascun livello di assistenza sono: prevenzione collettiva 5%, assistenza territoriale 53%, assistenza ospedaliera 42%.
- b) Il restante 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime (accentramento/rarefazione della popolazione).

Il PSR nel riproporre un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, confermando un tavolo di confronto di livello regionale con la partecipazione della Regione, di rappresentanze delle aziende unità sanitarie locali degli istituti privati e dei professionisti, ribadisce che alle aziende unità sanitarie locali è riconosciuta la titolarità nella individuazione dei bisogni dei cittadini e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale. Le ASL, sulla base dei criteri ed ai fini del conseguimento dei livelli di assistenza definiti in sede di programmazione regionale, (ai sensi della LR 40/2005 art. 76) individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie e definiscono specifici accordi contrattuali con le singole istituzioni private.

Le aziende ospedaliere-universitarie sono finanziate attraverso la remunerazione delle prestazioni erogate relative a DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5), sulla base di specifici progetti e con specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario.

Tra ASL e Aziende Ospedaliere Universitarie, in sede di concertazione di area vasta, vengono definiti accordi in cui si vengono determinati i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni, alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali, sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari.

In relazione alle Tariffe delle prestazioni, Il PSR stabilisce che nell'aggiornamento dei tariffari esistenti, e nella definizione delle tariffe massime regionali per eventuali nuove tipologie di prestazioni, la Giunta regionale dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- a) corretta allocazione delle attività al livello appropriato di concentrazione/specializzazione per garantirne la qualificazione e l'economicità, attraverso l'individuazione di graduazioni tariffarie fra produttori;
- b) corretta allocazione delle attività nel regime di erogazione appropriato, prevedendo tariffe di riferimento standard riferite al percorso ottimale di erogazione, tale da disincentivare eventuali comportamenti opportunistici o diseconomici;
- c) corretta attuazione dell'intero percorso assistenziale, attraverso l'elaborazione e la sperimentazione di modalità di remunerazione delle attività per pacchetti di prestazioni o funzioni integrate e non più per singole prestazioni/attività

TOSCANA - Ricoveri per acuti

La DGR 1404 del 27.12.2004, con decorrenza 01.01.2005, introduce la versione 2002 della classificazione ICD-9-CM e la versione 19^a dei DRG e determina le tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti.

Le tariffe sono state determinate con modalità diverse per i DRG già presenti nella versione 10^a dei DRG e non modificati dalla versione 19^a e per i DRG modificati o introdotti da tale versione.

Per i primi si applicano, ai ricoveri di durata superiore ad un giorno, le tariffe ex DGR 1394/2003 incrementate del 2%, con le seguenti eccezioni:

- non si applica alcun incremento per i DRG trasferibili al regime ambulatoriale (tunnel carpale DRG 6, cataratta DRG 39, circoncisione DRG 342 e 343, dilatazione e raschiamento DRG 364) e per i DRG impropri o generici (DRG 452 e 453 "complicazioni di trattamenti - con o senza CC -, 463 e 464 "segni e sintomi" - con o senza CC -, 469 "Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione" e 470 "non attribuibile ad altro DRG") ,
- per i DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario (DRG di cui alla DGR 859/2002): si applica un incremento ridotto (1,5%) in considerazione della quota di trasferibilità al regime territoriale.

Per i DRG chirurgici si mantiene la tariffa unica per i ricoveri ordinari e diurni

Rimangono invariate le tariffe dei ricoveri di un giorno, del day hospital medico, delle giornate oltre il valore soglia

Per i DRG modificati o introdotti dalla versione DRG 19^a le tariffe sono state determinate sulla base di una analisi dei costi (tranne che per le MDC 20 e 22 per le quali, per l'esiguità della casistica ed in carenza di dati di costo, le tariffe sono state determinate sulla base dei pesi Medicare e di quelli stabiliti da altre regioni)

Sono previste 3 classi tariffarie, determinate secondo i criteri indicati dalla DGR 372 del 15.04.2002:

1. presidi che operano in regime di emergenza urgenza, ai quali corrisponde il 100% della tariffa della tariffa
2. Presidi di riferimento di Area Vasta per le funzioni operative regionali, ai quali si applica un incremento del 3% sui DRG di alta complessità.
3. presidi che operano in regime di elezione programmata, ai quali si applica una riduzione del 12% delle tariffe, ad eccezione dei DRG 494,503, 514, 515, 517 per i quali la riduzione è pari al 6%

Per i DRG 49, 108, 209, 288 e 481 in presenza di specifiche attività o casistiche sono previste apposite tariffe. In alcuni casi la remunerazione di tali specifiche attività o casistiche è prevista solo per gli erogatori afferenti al 1' o al 3' livello tariffario

Le ASL, ai sensi della LR 40/2005 art 76, definiscono con gli erogatori presenti nel proprio territorio il budget economico per ciascun anno.

TOSCANA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

Le tariffe per i ricoveri di riabilitazione lungodegenza erogate in regime di ricovero ospedaliero sono aggiornate dalla DGR 86 del 24.01.2005 "Determinazione tariffe massime regionali delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza erogate in regime di ricovero ospedaliero. Adeguamento tariffe di cui alla deliberazione 17 maggio 2001, n. 492" che determina le tariffe massime regionali distintamente per gli anni 2005, 2006 e 2007.

Le tariffe sono state determinate sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio Costi, che evidenziavano un incremento dell'11% dei costi medi di produzione di una giornata di degenza in reparto di riabilitazione (codice 56) e di lungodegenza (codice 60) rispetto alle tariffe stabilite nel 2001; per i reparti di Neuroriabilitazione, l'aumento rilevato era superiore al 20%.

Al fine di graduare gli incrementi tariffari nel triennio, la delibera stabilisce la seguente modularità rispetto alle tariffe vigenti nel 2004:

- 5% nel 2005, 3% nel 2006, ulteriore 3% nel 2007, per i reparti di riabilitazione, lungodegenza e unità spinale;
- 10% nel 2005, 5% nel 2006, ulteriore 5% nel 2007, per i reparti di neuroriabilitazione;

Per i ricoveri ordinari in disciplina 56 le tariffe sono articolate per MDC e periodi di ricovero (differenziati per MDC), sulla base del diverso grado di intensità assistenziale. Per tutte le MDC oltre il 60° giorno di applica la tariffa della lungodegenza, salvo la possibilità, quando particolari condizioni sanitarie del ricoverato lo richiedano, di disporre un periodo di proroga non superiore ad ulteriori 60 giorni.

Per i ricoveri in day hospital in disciplina 56 le tariffe sono differenziate per MDC. Le tariffe per il ricovero in dh sono inferiori alle tariffe in regime ordinario in un range compreso tra -25% e -34%

Per i ricoveri nelle discipline 28 (Unità spinale) e 75 (Neuroriabilitazione) sono stabilite specifiche tariffe, articolate per regime di ricovero, non differenziate per MDC o periodi.

Toscana – tariffe riabilitazione e lungodegenza (anno 2007)			
		Regime ordinario	Day hospital
Reparto 56	MDC 1	1-40gg = 259; 41-60gg = 194; >60gg = 156	178
	MDC 4	1-20gg = 250; 21-40gg = 219; 41-60gg = 170; >60gg = 156	164
	MDC 5	1-20gg = 250; 21-40gg = 219; 41-60gg = 170; >60gg = 156	164
	MDC 8	1-30gg = 250; 31-60gg = 187; >60gg = 156	164
	Altre MDC	1-20gg = 195; 21-40gg = 184; 41-60gg = 170; >60gg = 156	137
Reparto 28		489	367
Reparto 75		470	352
Reparto 60		156	-

Per i ricoveri di lungodegenza è prevista una tariffa giornaliera fino al 60° giorno di degenza oltre il quale in presenza di proroga, si applica una tariffa ridotta (-15%), in assenza di proroga o alla scadenza della stessa si applica una tariffa inferiore (-59%)

Per i ricoveri relativi a Coma vegetativo persistente effettuati da case di cura private in letti dedicati, è prevista una remunerazione giornaliera pari a 340 euro fino a 180 giorni (periodo di massima intensità delle cure), successivamente riferimento ai valori massimi stabiliti per la degenza nei normali reparti di riabilitazione o di lungodegenza.

UMBRIA - Ripartizione FSR

La LR n. 3 del 20-91-1998 "Ordinamento del sistema sanitario regionale" stabilisce, all'art. 30 "Indirizzo finanziario", i criteri per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, prevedendo, in particolare, che le risorse vengono assegnate annualmente alle ASL secondo la quota capitaria relativa alla popolazione residente corretta secondo parametri epidemiologici e demografici, secondo quote per funzioni da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale, secondo una quota a conguaglio per la compensazione della mobilità interregionale. Per le aziende ospedaliere il finanziamento è stabilito annualmente a preventivo, con riferimento a servizi da garantire su mandato e sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.

La DGR 1347 del 27.07.2007 "Riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al SSR per l'anno 2007" definisce il sistema di finanziamento del SSR prevedendo che il finanziamento complessivo assegnato alla Regione sia distinto in quote trattenute per spese dirette da parte della Regione (14,8 milioni), finanziamento dell'ARPA (850.000 euro), accantonamento regionale destinato alla copertura di oneri diversi (differenza tariffaria per mobilità extra-regionale e altri, 23 milioni) e quota destinata alla ripartizione tra le Aziende USL Regionali.

Alle Aziende sanitarie locali sono assegnati finanziamenti definiti sulla base della quota capitaria (1.326,5 milioni), oltre a quote finalizzate e a mandato e relative agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (1,5 milioni). Una parte delle quote finalizzate è destinato a l'assistenza agli stranieri irregolari indigenti e per la lotta AIDS. Nella quota a mandato è inclusa la spesa per il 118.

Le Aziende Ospedaliere sono finanziate sulla base di una quota a mandato per specifiche più la remunerazione dell'attività in base agli accordi stipulati con le Aziende USL che definiscono i volumi di attività ed i relativi corrispettivi, sulla base delle tariffe vigenti e secondo regole mirate a garantire l'equilibrio del sistema e la qualità ed appropriatezza dell'assistenza. Tali accordi possono prevedere, oltre alla remunerazione tariffaria delle prestazioni, ulteriori quote di finanziamento a funzione, in special modo per le attività che richiedono una forte integrazione ospedale-territorio.

In particolare, è previsto un finanziamento a mandato (37 milioni), che riguarda specifiche funzioni (118, AIDS, Centro Regionale Trapianti, didattica e ricerca, unità spinale, alta specializzazione, sperimentazioni specifiche, Centro Coordinamento Sangue Regionale, centri di riferimento, ecc.) ed un finanziamento (292,6 milioni) della attività erogate in base agli accordi stipulati con le Aziende USL.

I volumi economici programmati per le Aziende Ospedaliere sono determinati tenendo conto sia dell'attività effettuata nell'anno 2006, sia dell'innalzamento della complessità della casistica trattata (incremento del case mix).

Gli stessi criteri che regolano gli accordi tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere vengono applicati nei rapporti con gli erogatori privati, con i quali le AUsl stipulano appositi contratti.

UMBRIA - Ricoveri per acuti

Il sistema di remunerazione dei ricoveri è regolato dalla DGR 2019 del 22.22.2006 "Revisione tariffario base per le prestazioni di ricovero" (con decorrenza 01.01.2007) e dalla DGR 1346 del 27.07.2007 "Approvazione accordi contrattuali tra Aziende USL, Aziende ospedaliere e strutture private che intrattengono rapporti con il SSR".

Le tariffe sono state determinate con metodo top-down (software CAMS) sulla base di una rilevazione dei costi presso gli erogatori pubblici e privati regionali per l'anno 2004, incrementati del 5% per tener conto dell'aumento dei costi rispetto a tale anno.

Per i DRG a rischio di inappropriatezza ai sensi dell'allegato 2c del DPCM 29,22,2001, le tariffe, rispetto ai costi rilevati, sono state ridotte del 20% per i casi medici, del 10% per i casi chirurgici.

Per i DRG erogati in day surgery la tariffa è pari all'85% della corrispondente tariffa ordinaria, ad eccezione dei DRG 6 e 39 ai quali si applica la tariffa ambulatoriale.

E' stabilito che il valore totale dell'incremento per le giornate oltre soglia non possa superare il valore del ricovero ordinario e quindi la tariffazione del singolo caso non può superare il doppio della tariffa ordinaria.

Sono previste 3 fasce tariffarie; per la fascia A, che comprende strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA II, le tariffe sono incrementate del 20%, per la fascia B, che comprende strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA I, le tariffe sono incrementate del 10%, per la fascia C, che comprende le altre strutture, si applica la tariffa base.

La DGR 1346 del 27.07.2007 approva gli accordi contrattuali tra ASL, le aziende ospedaliere e gli erogatori privati accreditati per gli anni 2006 e 2007 e le relative linee guida. Tali accordi fissano i volumi di attività ed i volumi finanziari (budget) per erogatore (determinati tenendo conto di pazienti residenti e non residenti nella regione), associati a tariffe regressive in caso di superamento (-85% in caso di superamento del budget fino al 10%, oltre tale percentuale non è previsto alcun corrispettivo). (DGR 1347/2007) Dall'abbattimento sono escluse le prestazioni di "elevata complessità" effettuate in degenza ordinaria dalle Aziende Ospedaliere; il relativo onere grava sull'Accantonamento regionale.

I volumi di prestazioni indicati nei budget sono articolati con riferimento a pazienti residenti e non residenti. I volumi di prestazioni sono determinati con l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, anche in funzione degli accordi con le regioni Toscana e marche e con l'Ospedale Bambino Gesù. Per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza (oltre a quelli stabiliti dal DPCM 29.11.2001 sono indicati ulteriori 9 DRG) sono stabilite soglie di ammissibilità per i ricoveri con degenza >1giorno.

Per i DRG potenzialmente inappropriati in caso di superamento delle soglie per i ricoveri in regime ordinario chirurgici si applica la tariffa della day surgery, per quelli medici si applica la tariffa pari a 2 accessi di day hospital. Al superamento del numero di prestazioni previsto (tetto), la remunerazione è abbattuta del 30%.

È previsto il monitoraggio volto a verificare volumi, costi di produzione, qualità appropriatezza generica e specifica.

UMBRIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

Il sistema di remunerazione dei ricoveri è regolato dalla DGR 2019 del 22.22.2006 "Revisione tariffario base per le prestazioni di ricovero" e dalla DGR 1346 del 27.07.2007 "Approvazione accordi contrattuali tra Aziende USL, Aziende ospedaliere e strutture private che intrattengono rapporti con il SSR".

In attesa del riordino della rete riabilitativa vengono confermate le tariffe ex DGR 1950/2005: per il reparto 56 le tariffe sono differenziate per MDC e per regime di ricovero; per i reparti 28 e 75 tariffe sono differenziate per regime di ricovero; è prevista una tariffa unica per lungodegenza

Umbria – tariffe riabilitazione e lungodegenza			
		Regime ordinario	Day hospital
Reparto 56	MDC 1	293	234
	MDC 4	258	207
	MDC 5	281	225
	MDC 8	265	212
	Altre	225	180
Reparto 28		434	347
Reparto 75		405	324
Reparto 60		154	-

Per i ricoveri in reparti riabilitazione e lungodegenza (cod. 56 e 60) è prevista la riduzione del 40% oltre il 60' giorno di degenza (sia in regime ordinario che di day h)

MARCHE - Ripartizione FSR

La DGR 434 del 07.07.2007 "Definizione del processo di budgeting delle aziende, zone territoriali, presidi di alta specializzazione dipartimento regionale di medicina trasfusionale e dell'INRCA, anno 2007" stabilisce che il FSR sia in parte accantonato centralmente e, per la parte rimanente, assegnato alle aziende.

Gli accantonamenti riguardano l'Arpam (12,5 milioni), l'integrazione socio-sanitaria (16,9 milioni), un fondo di riserva (119 milioni).

Sulla base del fondo residuo dopo gli accantonamenti, per ciascuna Azienda, Zona, Presidio, INRCA viene individuato il budget specificando gli obiettivi e prevedendo un tetto di spesa (che comprende tutti i costi per l'anno di riferimento), entrate proprie, mobilità attiva.

Gli obiettivi di budget possono essere rimodulati tra aziende, zone, presidi di alta specializzazione, previo accordo con la Regione, anche attraverso specifici piani di committenza.

La DGR 868 del 11.07.2005, integrata dalla DGR 434/2007, definisce le misure per il controllo della spesa sanitaria regionale, prevedendo la preventiva verifica di compatibilità economico-finanziaria dei regolamenti predisposti dalla Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dalle aziende ospedaliere, dei provvedimenti attuativi dei programmi e degli interventi, degli atti di programmazione e dei provvedimenti che impegnano l'azienda verso l'esterno (es. acquisto di beni e servizi). Sono sottoposti a controllo l'ASUR, le Aziende ospedaliere, i presidi di alta specializzazione, il DRMT, l'INRCA.

MARCHE - Ricoveri acuti

La DGR 65 del 29.01.2007 ha aggiornato le tariffe di ricovero previste dalla DGR 2265 del 23.12.2002, definendo le tariffe per i DRG modificati o di nuova introduzione e per i DRG 6 e 39 .

Le tariffe si applicano con decorrenza 01.01.2006 agli erogatori pubblici Nell'ambito degli accordi con le associazioni di categoria possono essere previste specifiche politiche tariffarie differenti Informazioni ottenute direttamente dalla regione (29.09.2008) precisano che sono previste 3 fasce tariffarie (senza però indicare le variazioni):

- Istituti di Fascia A: comprendono gli Ospedali di Rete, le Aziende Ospedaliere e l'INRCA di Ancona;
- Istituti di Fascia B: comprendono gli Ospedali di Polo e l'INRCA di Fermo;
- Istituti di Fascia C: comprendono le Case di Cura private

La DGR 930 del 01.08.2007 ha approvato gli accordi siglati con le associazioni di categoria delle Case di Cura multispecialistiche. Gli accordi stabiliscono l'adozione delle tariffe per acuti ex DGR 1592/2005 integrate con le tariffe ex DGR 930/2007 e definiscono i budget per i residenti complessivo per struttura, relativo a prestazioni di ricovero (includendo quelli di lungodegenza), residenziali e ambulatoriali.

E' prevista la remunerazione delle prestazioni eccedenti il budget limitatamente a ricoveri chirurgici o provenienti da pronto soccorso incrementati rispetto al 2005 entro limiti stabiliti per ciascun erogatore. L'eventuale produzione eccedente il budget, sarà remunerata, previo accordo con le associazioni di categoria, utilizzando un apposito fondo di 400.000 euro.

A livello locale possono essere previste modifiche dei budget a seguito di accordo tra le singole CdC e la Zona territoriale competente..

La delibera prevede disincentivi in caso di riduzione del tasso di parto cesareo inferiore al 15% rispetto al 2005.

Inoltre, per i DRG chirurgici a rischio di inappropriata stabilisce soglie di ricoveri per acuti in regime ordinario di due o più giorni, prevedendo la remunerazione secondo la tariffa di day hospital per i ricoveri eccedenti. E' prevista la riduzione almeno del 5% dei DRG medici (sia in regime ordinario sia di dh), salvo deroghe per ricoveri trasferiti da strutture pubbliche o da pronto soccorso o disposti dal medico di medicina generale nell'ambito di appositi protocolli.

I ricoveri ripetuti per lo stesso DRG entro 4 giorni saranno "cumulati" al precedente ricovero ai fini della valorizzazione; per i ricoveri ripetuti entro 10 giorni è applicato un abbattimento del 10%.

L'appropriatezza viene verificata secondo le indicazioni della DGR 1212/2004.

Il ricovero può essere disposto esclusivamente da MMG, PLS, da altro medico dipendente o convenzionato del SSN, dal pronto soccorso, richiesto per trasferimento dal struttura pubblica, salvo i casi di pazienti in condizioni cliniche che non consentano il rinvio al pronto soccorso.

Per le prestazioni erogate a pazienti non residenti, sarà addebitato alle case di cura il valore economico delle contestazioni i

Per l'attività di ricovero erogata in regime libero professionale, ai sensi della 897 del 18.07.2005, la quota a carico del SSR è pari al 60% della tariffa regionale.

Per le Case di Cura monospecialistiche del settore neuropsichiatrico si deve far riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 435 del 07.05.2007, che, in considerazione degli incrementi del costo del lavoro, aggiorna le tariffe relative al DRG 522, a lungodegenza, a residuo manicomiale, riabilitazione alcolologica e stabilisce i budget per erogatore.

MARCHE - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

Il sistema di remunerazione dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza è regolamentato dalla DGR 1321 del 16.07.2002, tuttora valida per gli erogatori pubblici, e dalle DGR 731 del 20.06.2007 e DGR 930 01.08.2007.

La DGR 1321 del 16.07.2002 stabilisce le tariffe giornaliere per MDC e intensità di cure, valide per erogatori pubblici (a gestione diretta) e privati accreditati. La successiva DGR 731 del 29.06.2007 aggiorna le tariffe ed i budget relativamente ai soli erogatori privati accreditati, limitatamente alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, extraospedaliera, intensiva, estensiva residenziale ed ambulatoriale.

La DGR 930/2007 stabilisce che per i ricoveri di lungodegenza si applica una riduzione del 30% al superamento del 60' giorno di degenza.

Marche - tariffe riabilitazione	DGR 1321/2002 tariffe erogatori pubblici	DGR 731/2007 tariffe erogatori privati
MDC 1 Sistema nervoso	236,6	286,00
MDC 4 App. respiratorio	208,2	
MDC 5 App. cardiocirc.	226,6	
MDC 8 App. muscoschel.	214,3	259,00
Altre MDC	154,4	
riabilitazione intensiva cranio-mielolesi	366,50	442,90
unità risveglio	416,40	503,20

La DGR 731/2007, inoltre, prevede rimborsi forfettari per prestazioni non incluse nella tariffa, secondo quanto indicato di seguito:

- Le tariffe della *riabilitazione ospedaliera* sono omnicomprensive con la sola esclusione delle prestazioni terapeutiche complesse per patologie coesistenti con l'evento causante l'inabilità (es. dialisi, chemioterapia, radioterapia, attività chirurgica, ecc.)
- Le prestazioni extra ospedaliere di assistenza e terapia erogate a pazienti in *stato vegetativo o con gravi insufficienze respiratorie* sono omnicomprensive con l'esclusione delle prestazioni terapeutiche complesse per patologie coesistenti con l'evento causante l'inabilità (es. dialisi, chemioterapia, radioterapia, attività chirurgica, ecc.)
- Le *prestazioni extraospedaliere intensive di riabilitazione* comprendono i trattamenti riabilitativi di qualsiasi genere, nonché le procedure diagnostiche e i trattamenti farmacologici limitatamente alla patologia che ha reso necessario il ricovero; sono escluse le prestazioni diagnostiche e terapeutiche riferibili ad altre patologie, non ché la fornitura di protesi, ausili, presidi sanitari
- Le *prestazioni extraospedaliere estensive erogate nelle RSA disabili* comprendono i trattamenti riabilitativi ma non le procedure diagnostiche e i trattamenti farmacologici, la fornitura di ausili, protesi, presidi

- I rimborsi forfetari giornalieri sono riferiti alla erogazione di tutte le prestazioni aggiuntive e necessarie al soddisfacimento della totalità dei bisogni sanitari (ad eccezione di protesi personalizzate, ricoveri per acuti, prestazioni anche ambulatoriali di altissima specialità), tali rimborsi sono pari a:
 - Riabilitazione intensiva 14 euro
 - Riabilitazione estensiva 5 euro
 - RSA disabili 4 euro

LAZIO - Ripartizione FSR

La DGR 1050 del 28.12.2007 prevede “Riparto tra le aziende sanitarie locali del Lazio delle risorse disponibili a valere sul FSR per l’anno 2008” (con ordinanze nn 2669-6066-6068/08 e n. 3540/2008, il Consiglio di Stato ha accolto, riformandole, le istanze di sospensiva avanzate dalle strutture IRCCS gestite dalla Tosinvest S.p.A. e dall’IRCCS S. Lucia avverso la deliberazione sospendendone l’efficacia nei loro confronti).

Il riparto è stato definito tenendo conto di indicatori e pesi atti a rappresentare equamente il bisogno sanitario espresso dalla popolazione residente. Il riparto prevede:

- la quota in gestione accentrata regionale, pari al 1,47% del FSR (129 milioni), comprendente il finanziamento delle aziende regionali ASP-LazioSanità ed A.R.P.A., dell’Agenzia regionale trapianti e dell’Associazione nazionale lotta contro le microcitemie, ed altri interventi effettuati dalla Regione a livello centrale;
- la quota, pari al 6,35% del FSR (556 milioni), ripartita tra le aziende sanitarie pubbliche e private secondo un set di parametri, per il finanziamento di costi non remunerabili mediante l’attuale sistema di tariffazione delle prestazioni, destinata al finanziamento della complessità organizzativa e dell’alta specializzazione delle Aziende Sanitarie (356 milioni), la quota per il riconoscimento della presenza delle facoltà di medicina (50 milioni) e la quota per il finanziamento dell’azienda regionale A.R.E.S.-118;
- la quota a destinazione indistinta in diretta gestione delle ASL, pari al 92,17% del FSR (8.065 milioni), da ripartire a quota capitaria, sulla base della popolazione residente per livelli (prevenzione 5%, distrettuale 51%, ospedaliera 44%) di assistenza, secondo pesi per classi di età, livello e sottolivello di assistenza (desunti dalla regione Toscana), distribuzione degli abitanti, caratteristiche del territorio.

Le ASL si fanno carico dei costi per l’erogazione delle prestazioni sanitarie effettuate dai produttori privati che insistono sul proprio territorio per l’intero ammontare (Aziende Universitarie Private, IRCCS privati, ospedali classificati e case di cura private, per i ricoveri ospedalieri; le farmacie per l’assistenza farmaceutica convenzionata; gli specialisti ambulatoriali accreditati per le prestazioni specialistiche; ecc...), rivalendosi dei costi delle prestazioni rese a favore di cittadini non residenti nel proprio ambito territoriale.

La delibera abolisce tutti gli altri finanziamenti aggiuntivi ed extratariffari per la remunerazione delle attività di alta specializzazione e complessità organizzativa.

LAZIO - Ricoveri per acuti

La DGR 175 del 21.03.2008 “Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti dei soggetti erogatori privati accreditati per l’anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all’accordo sottoscritto ai sensi dell’art 1 comma 180 L.311/2004 : obiettivi specifici 1.2 - 2.2” stabilisce il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per acuti per l’anno 2008 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori privati.

Il tariffario regionale (emanato con DGR 436 del 19.06.2007 “Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l’anno 2007”) è stato determinato applicando le tariffe ex DM 12.09.2006 ed applicando, per i DRG introdotti con la vers. DRG 19^A, con le tariffe regionali ex DGR 143/2006, determinate con il metodo top-down (rapids) sulla base di una analisi dei costi osservati in un campione di ospedali pubblici e privati

Sono previste due fasce tariffarie, agli erogatori appartenenti alla prima fascia corrisponde la tariffa piena, per gli altri erogatori (strutture con < 120 pl, in cui non è presente il pronto soccorso ed in cui non viene svolta attività di didattica o ricerca) è prevista la riduzione del 5%

E’ prevista una incentivo extratariffario di importo predefinito per prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto, per l’accertamento di morte cerebrale senza prelievo di organi, per l’incremento nel numero di interventi di protesi d’anca, per l’impianto di protesi cocleare.

Sono previsti incentivi per parto naturale e disincentivi per il parto con taglio cesareo.

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

La DGR 175/2008 stabilisce per gli erogatori privati tetti (budget) economici, comprensivi dell’attività erogata a pazienti residenti e non residenti e prevede la sottoscrizione di contratti tra la ASL territorialmente competente (con l’intervento della regione) e gli erogatori.

Il budget non comprende i ricoveri relativi al DRG 391 (neonato sano), che viene remunerato separatamente.

La delibera definisce, inoltre, il finanziamento di funzioni assistenziali (non esplicitate nel testo della delibera) per alcuni erogatori privati (policlinici universitari, IRCCS, ospedali classificati, case di cura accreditate). Il volume economico delle funzioni assistenziali (115.007.884) assorbe circa il 7,9% del complessivo finanziamento del livello di assistenza ospedaliera da privato (1.466.926.524).

Il sistema dei controlli

Il sistema regionale dei controlli è regolamentato dalla DGR 427/2006. Sono previsti controlli analitici e controlli relativi ai DRG a rischio di inappropriatazza.

I controlli analitici riguardano sia i ricoveri per acuti, sia i ricoveri di riabilitazione e sono volti a verificare la congruità, ossia l’effettiva corrispondenza tra le informazioni codificate nella scheda di dimissione ospedaliera e quanto documentato nella cartella clinica.

I controlli di appropriatezza riguardano i DRG a rischio di inappropriatazza ai sensi del DPCM 29.11.2001 ed ai sensi della DGR 864/2002, che vengono valutati applicando il metodo APPRO, ed i ricoveri con degenza di 2-3 giorni con pazienti non deceduti o trasferiti, che vengono controllati con il PRUO, stabilendo di considerare appropriato il ricovero con almeno due giornate appropriate.

Emergenza sanitaria

La deliberazione stabilisce il Sistema di remunerazione dell’emergenza, stabilendo la remunerazione per singolo accesso di pronto soccorso sulla base di tariffe per codice triage e prevedendo una remunerazione proporzionale al valore dei ricoveri.

LAZIO - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

Il Decreto del presidente in qualità di commissario ad acta n 16 del 5.09.2008 stabilisce la riqualificazione dell’offerta di post-acuzie sia a livello di ricovero che a livello di specialistica ambulatoriale.

Il decreto definisce, sulla base dei parametri stabiliti dalla normativa nazionale, il fabbisogno regionale di posti letto di riabilitazione post-acuzie, di strutture di riabilitazione estensiva e di mantenimento (ex art. 26), di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione, di posti letto di lungodegenza. Prevede, inoltre, la riorganizzazione dei posti letto di riabilitazione post acuzie, prevedendone la complessiva riduzione (prevedendo che i posti letto di day hospital non superino

il 10%) e la redistribuzione nel territorio regionale verso aree con offerta insufficiente e, per l'alta specialità, in strutture dotate di DEA di II livello. Per la lungodegenza è prevista la riqualificazione dell'offerta di posti letto, anche in considerazione del fatto che i posti letto pubblici rappresentano solo il 5% del totale.

E' prevista la ridefinizione dell'offerta per la riabilitazione in età evolutiva.

E' prevista l'istituzione di funzioni di valutazione riabilitativa nelle strutture per acuti, che individuano il percorso riabilitativo più appropriato per garantire la continuità assistenziale, che deve essere indicato nella apposita relazione da predisporre al momento della dimissione, specificando anche gli indici funzionali e di disabilità. Il percorso deve essere concordato anche con la ASL di residenza del paziente.

E' previsto che le unità di ortopedia, neurologia, cardiocirurgia, terapia intensiva entrino in rete integrata con le unità di riabilitazione post-acuzie (come previsto dalla DGR 420/2007).

Il decreto indica i criteri di accesso che devono essere seguiti per il trasferimento dei pazienti dal ricovero per acuti verso i reparti di riabilitazione (cod. 56), unità spinale (cod. 28), alta intensità (cod. 75), il day hospital riabilitativo, di lungodegenza medica (cod. 60) e lungodegenza ad alta intensità (LAI). Inoltre, indica i criteri di accesso per il trasferimento dal ricovero per acuti o post acuti al domicilio con assistenza del CAD, i criteri di accesso alle strutture di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime residenziale, semiresidenziale, non residenziale.

Per le prestazioni ambulatoriali afferenti alla branca di medicina fisica e riabilitazione si prevede l'attuazione di programmi riabilitativi e non di singole prestazioni, individuando gli specifici quadri clinici nel rispetto di linee guida riconosciute.

Si prevede lo spostamento verso il regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime di day hospital o di riabilitazione estensiva o di mantenimento.

Si prevede l'istituzione di un sistema di controlli che riguardi la congruità, l'appropriatezza e la rispondenza tra le prestazioni prescritte all'interno del programma riabilitativo e quelle erogate.

Per le strutture ex art. 26 si prevede il passaggio dalla remunerazione basata sulla "giornata di presa in carico" del paziente, ad una remunerazione per accesso.

La DGR 206/2008 stabilisce il finanziamento ed il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008.

Il sistema di finanziamento è articolato prevedendo un finanziamento per le funzioni ed una remunerazione su base tariffaria.

Finanziamento a funzione: È previsto un fondo speciale (25,8 milioni di euro) per accordi di produzione con gli IRCCS e per la remunerazione a consuntivo per le prestazioni complesse, per le prestazioni di riabilitazione speciale (riabilitazione su posti letto di lungodegenza).

Per la Riabilitazione sono previste due fasce tariffarie (ma la delibera non specifica i criteri di classificazione delle strutture), alla classe A corrisponde la tariffa piena, per la classe B è prevista la riduzione del 5%.

Le tariffe sono differenziate tra ricoveri in regime ordinario ed in day hospital, per MDC e reparto. Sono stabilite sulla base delle tariffe ex DGR 436/2007, prevedendo riduzioni per i ricoveri in day hospital e per gli erogatori afferenti alla classe B.

Sono previsti incentivi del 3% / 5% per i ricoveri avvenuti entro 30 / 60 gg dal pregresso evento acuto. E' previsto l'abbattimento della tariffa del 40% per i ricoveri superiori ai sessanta giorni nella disciplina individuata con codice 56.

Per la Lungodegenza le tariffe sono pari a quelle ex 12.09.2006 per i ricoveri avvenuti entro 30 gg da ricovero per acuti, o ridotte del 30% per gli altri ricoveri.

E' previsto l'abbattimento della tariffa del 40% oltre il 60' giorno, tuttavia, solo nei casi eccezionali in cui il paziente sia dimissibile per condizioni cliniche ma si valuti necessario il trasferimento diretto in una struttura residenziale territoriale – al momento non disponibile – le giornate di

degenza presso la struttura di lungodegenza medica post acuzie oltre i 60 giorni potranno essere remunerate alla tariffa 100% della tariffa della tariffa.

Lazio – tariffe riabilitazione e lungodegenza					
		regime ordinario		day hospital	
		Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
Reparto 56 – 28	MDC 1	261,84	248,75	222,56	211,44
Reparto 56 – 28 -75	MDC 4	230,86	219,32	196,23	186,42
	MDC 5	251	238,45	213,35	202,68
	MDC 8	237,05	225,2	201,49	191,42
	altre MDC	201,42	191,35	171,21	162,65
Reparto 75	MDC 1 cod. 75	367,29	-	312,2	-
Reparto 60	Ricoveri entro 30 gg da ricovero per acuti	142,03	-	-	-
	Altri ricoveri	96,53	-	-	-

CAMPANIA – Ripartizione del FSR

La legge regionale 3.11.1994, n. 32, concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale, definisce il Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che è costituito dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione, al netto del saldo della mobilità sanitaria interregionale.

La legge, inoltre, detta le norme per il riparto, stabilendo che ad esso provvede la Giunta Regionale con proprio atto, secondo criteri differenziati tra aziende sanitarie locali ed aziende ospedaliere, prevedendo, comunque, una quota di riserva.

L'assegnazione alle ASL è stabilita sulla base della quota capitaria riferita alla popolazione residente e sulla base delle prestazioni che ciascuna azienda è tenuta ad assicurare, al fine del conseguimento di livelli uniformi di assistenza.

L'assegnazione alle aziende ospedaliere viene effettuata tenendo conto della remunerazione a tariffa delle prestazioni erogate.

La DGR 726 del 24.04.2007 "Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006 – 2010" dispone di ripartire il finanziamento regionale della spesa sanitaria corrente per gli esercizi dal 2006 al 2010 sulla base di specifici criteri e parametri dettagliatamente esposti, differenziati per livello e sottolivello di assistenza. Tali criteri si basano su caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio, densità abitativa, mortalità, popolazione residente, popolazione residente pesata secondo consumi per classi di età, reddito pro capite; per l'attività ospedaliera si tiene conto anche del fatturato per tipologia di prestazioni e della complessità del case mix. La ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, risultante da tali criteri viene, poi, integrata attraverso una "manovra di riequilibrio e di perequazione".

Il FSR viene ripartito secondo le seguenti proporzioni: 2% del FSR secondo caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio, 6,64% ai Policlinici Universitari, agli IRCCS ed a specifiche funzioni accentrate a livello Assessorato alla Sanità (ARSAN, ARPAC, 118, Servizio Elicotteri, Emergenza, Trapianti, Piano Sangue, Monitoraggio Spesa Farmaceutica, Monitoraggio Bilanci, Osservatorio prezzi, interessi per convenzioni di factoring, ecc.), 4,93% alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere per la "manovra di riequilibrio e di perequazione", 5% Prevenzione (Assistenza collettiva) 5% Salute Mentale: 34,4 % Assistenza distrettuale, 42% Assistenza Ospedaliera.

La delibera non indica in modo evidente la quota del FSR destinata ai singoli Livelli di assistenza, pertanto si è tentato di stimare la proporzione di risorse per livello. Considerando che per i fondi destinati ai policlinici universitari ed agli IRCCS non è indicata la destinazione tra attività ambulatoriale e di ricovero ed attribuendo gli importi destinati alla salute mentale al livello distrettuale, si può ipotizzare che circa il 5-6% del FSR sia destinato all'assistenza collettiva, il 41-46% all'assistenza distrettuale, il 49-54% all'assistenza ospedaliera.

La DGR 256 del 8.02.2008 “Obiettivi di contenimento dei costi delle singole aziende sanitarie regionali - Disposizioni” assegna alle aziende sanitarie gli obiettivi cui devono attenersi per le singole voci di conto economico (CE), indicati analiticamente.

CAMPANIA - Ricoveri per acuti

La DGR 589 del 12.05.2006 definisce, con decorrenza 1 gennaio 2006, le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero relative ai DRG introdotti o modificati dalla versione 19^a versione.

Per i DRG introdotti o modificati con la vers. DRG 19^a sono stabilite apposite tariffe (ma la norma non indica le modalità con cui sono state calcolate). La delibera, inoltre, conferma i pesi relativi per i DRG non modificati e stabilisce i pesi per i DRG introdotti o modificati.

Per i DRG che non hanno subito variazioni la delibera conferma le tariffe fissate dalla DGR 7269/2001 (che ricalcano quelle ex DM 30.06.1997, riconvertite in euro), dalla DGR 6849/2001 (che stabilisce la rideterminazione delle tariffe per le prestazioni di alta specialità erogate da case di cura private temporaneamente accreditate per l'alta specialità), dalla DGR 6490/2001 (che nel prevedere il progressivamente trasferimento di una parte delle attività chirurgiche in regime di day hospital, di one day surgery o ambulatoriale, per un elenco di 28 DRG fissava le tariffe per la day surgery in misura pari all'80% delle corrispondenti tariffe del ricovero ordinario e stabiliva la soglia di ricoveri da effettuare in regime ordinario).

Le tariffe sono articolate secondo le seguenti nove fasce tariffarie:

A.O. Policlinici e IRCCS pubblici	100% delle tariffe
P.O. di ASL e ospedali classificati sede di DEA e PS	95% tariffe
PO di ASL privi di funzioni di emergenza, IRCCS privati, altri ospedali classificati	90% tariffe
Case di cura ex fascia A	80% tariffe
Case di cura ex fascia B	68 % tariffe
Case di cura ex fascia C	57% tariffe
Case di cura alta specialità Cardiochirurgia	solo DRG di cardiochir 95%; altri DRG 80%
Case di cura alta specialità NefroUrologica	solo DRG complessi di nefroUro 95%; altri DRG 80%
Case di cura alta spec Neuroriabilitazione	solo DRG MDC 1 : 85%; altri DRG : 80%

La DGR 1573/2004 (intesa regione Campania-AIOP) stabilisce, per le sole case di cura accreditate, un incremento forfettario del fatturato pari al 7% per le dimissioni per acuti e per le dimissioni di neuropsichiatria, esclusi i DRG introdotti con la vers. DRG 19'.

È prevista una remunerazione aggiuntiva (300 euro) per l'inserzione di stent medicati.

E' previsto, limitatamente ad alcune aziende ospedaliere, il rimborso per l'impianto di protesi cocleare sulla base della rendicontazione prodotta

Sistema di relazione dei volumi di spesa e/o di attività

La DGR 1268 del 24.07.2008 “Integrazioni ed aggiornamenti della disciplina recata dalla delibera n. 517 del 30 marzo 2007 per le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati”, superando quanto previsto dalla DGR 2157/2005, sulla base della valutazione di diversi fattori (spesa storica, quota capitaria, fabbisogno di assistenza sanitaria formulato dalla ASL, composizione delle prestazioni erogate in ciascuna ASL per residenza del paziente) stabilisce per ciascuna ASL i seguenti limiti di spesa:

- A. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai propri residenti,
- B. un limite di spesa per le prestazioni erogate ai propri residenti dai centri privati operanti nel territorio di altre ASL,
- C. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai residenti di altre ASL (della regione ed extra regione);

i limiti di spesa sub A e sub B sono quelli sui quali la ASL definisce la programmazione sanitaria per i propri assistiti ed assegna gli obiettivi ai propri medici prescrittori; i limiti di spesa sub A) e sub C) sono quelli che la ASL assegna ai propri centri privati e sui quali stipula i contratti di acquisto delle prestazioni sanitarie, con la previsione delle conseguenti eventuali regressioni tariffarie.

Le ASL, sulla base della programmazione dei volumi e dei correlati limiti di spesa stabiliti per macroarea, definiranno la suddivisione degli stessi per branca e/o tipologia di prestazioni, tenendo conto dei dati reali di fabbisogno delle diverse prestazioni sanitarie, come desumibili anche dai dati consuntivi degli ultimi esercizi;

Dal 1 gennaio 2008 la compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati, è consentita soltanto nell'ambito della stessa ASL e soltanto tra le diverse branche e/o tipologie di prestazioni rientranti all'interno delle singole macroaree. Le suddette compensazioni non possono essere effettuate nel caso in cui il minore utilizzo riguardi limiti di spesa assegnati alle prestazioni da erogare ai residenti di altre regioni

In relazione all'assistenza ospedaliera si introduce il *Budget di Struttura*, con i seguenti criteri: ciascuna ASL ripartisce tra le Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL (Budget residenti ASL + Budget residenti extra regione + Budget mobilità residenti altre ASL della Regione) applicando criteri uniformi e trasparenti, basati su parametri oggettivi. La delibera del Direttore Generale recante la ripartizione del tetto di spesa a ciascuna Casa di Cura deve essere adeguatamente motivata e dettagliata, e dovrà essere allegata al Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria. Entro il 31 agosto 2008 le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture sanitarie private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, dovranno aver sottoscritto i contratti in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa per l'esercizio 2008 con l'espressa previsione del rinnovo per gli esercizi successivi, da effettuarsi entro il 31/12 dell'anno precedente

Lo sfioramento del Budget di Struttura assegnato a ciascuna Casa di Cura determinerà una corrispondente regressione tariffaria sul fatturato complessivo della stessa Casa di Cura; la regressione potrà eventualmente essere attenuata (o annullata) a consuntivo, in sede di ripartizione della residua quota del 10% del limite di spesa assegnato alla ASL.

Sistema dei controlli

Il sistema regionale dei controlli è regolamentato dalla DGR 4847/2002 che determina i valori soglia e le modalità erogative dei DRG a rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e stabilisce che i ricoveri eccedenti le soglie sono remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente limitata ad un solo accesso.

CAMPANIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La DGR 589 del 12.05.2006 stabilisce, con decorrenza 1 gennaio 2006, le tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero relative ai DRG introdotti o modificati dalla versione 19^a versione dei DRG.

La delibera, poiché la nuova versione del sistema di classificazione non comporta alcuna variazione per quanto riguarda la classificazione per MDC utilizzata per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione, stabilisce che rimangono inalterate le tariffe e la disciplina prevista dalle DGR 7269 del 27.12.2001, DGR 6849 del 30.11.2001, DGR 6490 del 30.11.2001, DGR 4847 del 25.10.2002, DGR 1573 del 6.08.2004, DGR 2157 del 30.12.2005.

Per i ricoveri di riabilitazione sono stabilite tariffe giornaliere specifiche per MDC, indistinte per regime di ricovero, a cui si applica una riduzione del 40% oltre il 60° giorno (DGR 3883/1997).

Per i ricoveri di lungodegenza si applica alla tariffa giornaliera una riduzione del 30% (DGR 401/2007) oltre il 60° giorno; per i ricoveri effettuati, dal medesimo istituto di cura, entro 30 giorni da una precedente dimissione dello stesso paziente, si applica la tariffa giornaliera massima abbattuta del 30% per tutta la durata del ricovero.

La DGR 1573/2004, stabilisce, per le sole case di cura accreditate, esclusi i DRG introdotti con la vers. DRG 19', un incremento forfettario del fatturato del 7% per le dimissioni di lungodegenza (incremento abolito da aprile 2007) e del 10% per le dimissioni dai reparti di riabilitazione

Campania - tariffe riabilitazione e lungodegenza	MDC	tariffa ricoveri ordinari e dh	valore soglia	tariffa oltre soglia
riabilitazione	1	261,84	60	157,00
	4	230,86	60	139,00
	5	251,00	60	151,00
	8	237,05	60	142,00
	ALTRE	201,42	60	121,00
Lungodegenza		137,89	60	96,52
Lungodegenza – ricoveri successivi entro 30 gironi		96,52	--	--

Prestazioni di neuropsichiatria

Le tariffe delle prestazioni di neuropsichiatria sono stabilite dalla DGR 3095 dell'11/4/2000 - "Prestazioni ospedaliere di Neuropsichiatria erogate da case di cura private ex convenzionate - Rideterminazione diaria" e succ. agg., che ha aggiornato le tariffe giornaliere da corrispondere alle case di cura temporaneamente accreditate. Le tariffe vigenti sono fissate in misura pari all'85% delle tariffe regionali per i casi afferenti alla MDC 1 ed all'80% per gli altri DRG.

PUGLIA - Ripartizione FSR

La DGR 95 del 31.01.2008 "Documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per l'anno 2008. Assegnazione alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, agli enti ecclesiastici ed agli IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2008" (integrato dalle DGR 2335, 2336, 2338 del 2008) prevede la destinazione dei fondi complessivamente disponibili in parte ad accantonamenti, in parte alle ASL ed in parte a destinazione specifiche .

I fondi accantonati sono pari a circa il 5% del FSR; sono destinati a quanto previsto dall'art. 10 L.r. n. 38/04, a per spese direttamente gestite dall'Assessorato alle Politiche della Salute per distribuzione diretta di farmaci, mobilità interregionale, ARPA, case protette, elaborazione dati, ecc.

I fondi destinati alle ASL, che rappresentano l'87% del FSR, costituiscono le risorse assegnate per garantire la tutela dei Livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale. La DGR 95/2008 stabilisce la seguente ripartizione tra i LEA: Prevenzione collettiva 4,4%, Assistenza territoriale 48,4%, Assistenza ospedaliera 47,2%.

I fondi sono ripartiti tra le ASL secondo il metodo della quota capitaria pesata; i criteri di pesatura sono i seguenti:

- prevenzione collettiva: in base alla popolazione residente (quota capitaria semplice);
- assistenza territoriale, distinta per sottolivelli:
 - Farmaceutica: attribuita sul totale della quota base pesata;
 - Medicina generale e Pediatrica: in base alla popolazione ponderata per classi di età inferiore a 14 anni
 - Altra assistenza territoriale: in base alla popolazione residente (quota capitaria semplice);
- assistenza ospedaliera: in base alla popolazione ponderata secondo l'analisi degli indici di consumo delle risorse ospedaliere desunte dalle SDO (Euro 2.123.338.630) ed in base alla popolazione a copertura dei costi strutturali ospedalieri (Euro 433.334.415).

I fondi per destinazione specifiche rappresentano il 9% del FSR; sono destinati per circa il 55% al riequilibrio, per il 18% all'emergenza ed a funzioni da remunerare a costo standard, per il 13% a riconversioni ospedaliere, le quote rimanenti riguardano il personale convenzionato (2,7%), il piano di prevenzione (2,5%), l'integrazione delle attività di didattica universitaria (6%), la colonia hanseniana (1,2%), canoni di locazione (1,2%).

La DGR 95/2008 prevede che gli oneri per le prestazioni erogate da parte delle strutture sanitarie classificate e private accreditate debbano, per il 2008, essere inferiori del 2% a quelli previsti nel DIEF relativo all'anno 2007.

La DGR 95/2008 stabilisce :

- i fondi complessivamente destinati ai singoli istituti ecclesiastici sono pari al 2007 ridotti del 2%, specifica la quota destinata alla remunerazione delle prestazioni a tariffa relative a ricoveri ospedalieri e specialistica ambulatoriale, alle funzioni non tariffate, (la quota assegnata alle funzioni non tariffate è differenziata tra gli erogatori ed assorbe circa l'8% del valore dei fondi destinati ai ricoveri), alla colonia hanseniana, alla distribuzione diretta di farmaci; tali fondi includono la mobilità attiva
- i fondi complessivamente destinati alla remunerazione degli IRCCS privati sono pari al 2007 ridotti del 2%, specifica che la quota destinata alla remunerazione delle prestazioni a tariffa relative a ricoveri ospedalieri e specialistica ambulatoriale, alla distribuzione diretta di farmaci, alla colonia hanseniana, a funzioni non tariffate
- Per le Aziende Ospedaliero-Universitarie è previsto una specifica quota pari all'8% del valore delle prestazioni assistenziali
- Per le case di cura accreditate le aziende USL dovranno disporre, entro il 31.3.08, livelli di contrattazione aziendale tenendo conto di quanto disposto con la DGR 1400/2007 e dalla legge regionale n.40 del 31.12.2007 che stabiliscono una riduzione dei limiti di remunerazione delle prestazioni in misura pari al 2% rispetto all'anno 2007 su base regionale e non per singola struttura, anche con riferimento all'andamento storico dei tetti individuali; riduzione e limiti intesi su base regionale e provinciale e non per singola struttura.

PUGLIA - Ricoveri per acuti

La DGR 1464 del 3.10.2006 determina, con decorrenza 10 gennaio 2006, le tariffe ricovero ospedaliero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza e conferma gli incrementi tariffari previsti dalla legge regionale n.26 del 09.08.2006 per alcune tipologie di erogatori.

Tale legge riconosce, per i tre Enti ecclesiastici equiparati per livello di complessità alle Aziende ospedaliere (ai fini del completo adempimento da parte della Regione degli impegni assunti col protocollo d'intesa del 23.09.2004 tra Presidenza del Consiglio dei ministri, Ministero della salute, Regione Puglia e Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo), per gli IRCCS pubblici e privati, le Aziende ospedaliero-universitarie nonché altri Presidi ospedalieri pubblici l'incremento delle tariffe ex DM 30.06.1997 in misura pari al 10 per cento per i DRG relativi a ricoveri di alta specialità individuati nella TUC e in misura pari al 5,5 per cento per gli altri DRG, fatta esclusione di quelli a rischio di inappropriata ai sensi del DPCM 29.11.2001 e successive modificazioni e integrazioni disposte anche a livello regionale.

La Legge 26/2006, prevede la rimodulazione tariffaria per le case di cura private accreditate secondo il seguente schema, fatta esclusione di quelle riguardanti i DRG a rischio di inappropriata ai sensi del DPCM 29.11.2001 2001:

DRG ricoveri di alta specialità individuati nella TUC	Altri DRG
Classe A 105% delle tariffe ex DM 30.06.1997	Classe A 98% delle tariffe ex DM 30.06.1997
Classe B 100% della tariffa delle tariffe ex DM 30.06.1997	Classe B 92% delle tariffe ex DM 30.06.1997
Classe C 90% delle tariffe ex DM 30.06.1997	Classe C 85% delle tariffe ex DM 30.06.1997

La LR 26/2006 stabilisce che gli incrementi tariffari previsti si applicano anche alle tariffe DRG, nuove o modificate a seguito dell'introduzione della vers. DRG 19^ a condizione che non superino le tariffe individuate nella TUC.

La DGR 95 del 31.01.2008 precisa che gli erogatori, ai sensi della DCR 346 del 29.08.1998 e della LR n.7 del 21.05.2002, possono optare tra la tariffa DRG piena regionale (che è comprensiva dell'impianto di protesi) e la tariffa DRG ridotta del 20% maggiorata del maggiorata in misura pari

al rimborso del costo sostenuto per l'acquisto della endoprotesi, comunque fino a concorrenza della TUC. Detto rimborso è ammesso nella misura del minor importo tra quello del prezzo di listino depositato presso le competenti istituzioni riferito all'anno precedente, decurtato del 25 per cento, e quello risultante dalle fatture emesse dal fornitore.

Sistema di regolazione dei volumi di spesa e/o di attività

La Legge 26/2006 stabilisce che siano stipulati accordi contrattuali tra le ASL e le case di cura accreditate, in cui deve essere indicato il “tetto invalicabile di remunerazione per ciascuna Casa di cura”. Tale tetto deve intendersi al netto del valore riferito a prestazioni eseguite in mobilità extraregionale e al netto del costo del materiale protesico. La Legge 26/2006 prevede, inoltre, che “Il valore soglia di ogni singola struttura, ai fini dell'applicazione della regressione tariffaria prevista dalla normativa vigente, è rappresentato dal valore del tetto invalicabile, così come determinato al comma 2, decurtato del 20 per cento”. Negli accordi contrattuali, inoltre, devono essere indicati volumi e tipologia di prestazioni da assicurare.

La Legge 26/2006 ribadisce che ai fini della remunerazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, le Case di cura istituzionalmente accreditate sono tenute a rispettare i limiti di ammissibilità e le modalità di remunerazione previsti dalla Legge Regionale n.1 del 7.01.2004.

La DGR 1400 del 3.08.2007 stabilisce che per le case di cura private “il valore montante entro il quale le prestazioni sono remunerate senza regressioni è uguale a quello relativo al 1998 incrementato dell'8,7 e 10% rispettivamente per le strutture di Classe A, B e C il limite superiore entro il quale i DRG vengono remunerati con la regressione tariffaria è individuato nella stessa misura prevista per l'anno 2006 (2004+5%+3%). Il tetto invalicabile è soggetto ad incremento in relazione alla applicazione della clausola della remunerazione dei DRG di alta complessità nonché i DRG 5, 116, 499, 516, 517, 518 eccedenti i corrispondenti DRG prodotti nel 2002 contenuta nell'accordo del biennio 2004/2005. Trattandosi di incremento del tetto invalicabile detti DRG sono remunerati con la regressione tariffaria, applicata alla tariffa di fascia. Il valore dei DRG remunerati oltre tetto nel 2006 sono ricondotti all'interno del tetto invalicabile La regressione tariffaria all'interno dei due tetti è (pari al) 7%.”. “Le ASL in cui insistono le strutture fissano un unico tetto per l'attività svolta sull'intero territorio regionale”. Inoltre, sono consentiti lo “spostamento volumi di prestazioni a favore dell'attività ambulatoriale” e lo “scorrimento risorse tra strutture facenti capo allo stesso soggetto accreditato e/o soggetti accreditati totalmente controllanti l'un l'altro”. La DGR 1621 del 30.10.2006 stabilisce che per le CdC le prestazioni relative ai DRG 372,373,374,375,493 non sono soggette a regressione.

La DGR 95/2008 stabilisce i tetti economici per l'anno 2008 tenendo conto della Legge Regionale n 40 del 31.12.2007 che prevede “oneri per le prestazioni erogate da parte delle strutture sanitarie classificate e private accreditate inferiori del 2 per cento a quelli previsti nel DIFE relativo all'anno 2007”.

La delibera, con riferimento alle CdC, stabilisce che “sono confermati i limiti degli oneri da sostenere per il 2008 ex l.r. 40/07”.

La DGR 95/2008, ribadendo quanto previsto dalla DGR 1400 del 3.08.2007, stabilisce i budget relativi ai ricoveri fissati per gli enti Ecclesiastici e per gli IRCCS privati e precisa che sono comprensivi della mobilità interregionale, tuttavia prevede che l'eventuale incremento della mobilità extraregionale attiva rispetto al 2006 verrà riconosciuta anche oltre il tetto di spesa; è possibile trasferimento di risorse dall'ospedaliera all'ambulatoriale e viceversa.

Appropriatezza

La Legge n.1 del 07.01.2004 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2004 e bilancio pluriennale 2004-2006 della Regione Puglia) stabilisce, all'art. 22, le percentuali di ammissibilità in regime di degenza ordinaria dei ricoveri rientranti nei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza. I ricoveri in regime ordinario effettuati oltre la soglia percentuale di ammissibilità sono remunerati in misura pari alla tariffa per i ricoveri di un giorno se trattasi di DRG chirurgico e nella misura del 40 per cento se trattasi di DRG medico. La remunerazione e la percentuale si applicano alla tariffa della fascia di appartenenza di ciascuna struttura.

La DGR 834 del 27.05.2008 ha approvato il modello di analisi della appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di procedure (MAAP) e l'associato elenco di DRG a rischio di inappropriatezza organizzativa. La Legge Regionale n 19 del 2 luglio 2008 stabilisce che dal 1 ottobre 2008 la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRG deve essere effettuata sulla base della procedura MAAP.

La nota dell'Ares n.2373 del 30.09.2008, in ottemperanza alla DGR 438/2008, aggiorna con decorrenza 1.10.2008 l'elenco dei DRG a rischio di inappropriatezza (oltre ai 43 DRG ex DPCM 29.11.2009 la regione ne prevede ulteriori 53) ed i relativi valori soglia, precisando che le soglie sono valide per i soli ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno e rappresentano la percentuale massima di ricoveri ordinari da considerarsi appropriati per ciascun DRG; la valutazione è condotta per singole unità operative.

L'analisi di appropriatezza secondo il metodo MAAP riguarda i soli ricoveri per acuti a criticità minima ed esclude i ricoveri relativi a pazienti di età <15 anni e >74 anni, i ricoveri urgenti ed i ricoveri relativi alla mobilità attiva extraregionale.

La DGR 1979 del 28.10.2008 stabilisce che in prima attuazione la procedura MAAP deve essere applicata ai soli ricoveri ordinari e, successivamente alla istituzione del Day Service ambulatoriale e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi, anche ai ricoveri diurni (0-1 giorno e Day Hospital).

Inoltre, prevede che per alcuni DRG, in alcune Unità operative, l'analisi condotta con il MAAP può evidenziare la particolarità di una casistica complessa con una percentuale di ricoveri ordinari appropriati superiore alla soglia di riferimento regionale. In questa fattispecie, al fine di tutelare i casi di appropriata gestione di casistiche complesse, come può avvenire in unità operative di elevata specializzazione e/o di eccellenza che, altrimenti, sarebbero penalizzate da soglie tarate su casistiche medie regionali, si applica la soglia specifica elaborata con il MAAP.

PUGLIA - Ricoveri riabilitazione e lungodegenza

La DGR 1464 del 3.10.2006 determina, con decorrenza 10 gennaio 2006, le tariffe di ricovero ospedaliero per acuti, di riabilitazione e lungodegenza., confermando gli incrementi tariffari previsti dalla legge regionale n.26 del 09.08.2006 per alcune tipologie di erogatori.

Puglia - tariffe riabilitazione e lungodegenza		
Riabilitazione	MDC	tariffa ricoveri ordinari e dh
		1
	4	230,86
	5	251,00
	8	237,05
	ALTRE	201,42
Lungodegenza		137,89

La legge regionale 26/2006 stabilisce che "A decorrere dal 1° gennaio 2006 e fino alla definizione della rete regionale di assistenza riabilitativa ad alta specialità, la funzione assistenziale di neuroriabilitazione e terapia intensiva, assicurata a pazienti con esiti di gravi eventi vascolari e traumatici a livello cerebrale dalle strutture appositamente autorizzate, è remunerata con modalità stabilite dalla Giunta regionale, sulla base del costo standard di produzione del programma di assistenza, che garantiscano l'effettiva copertura dei costi relativi ai fattori produttivi impiegati con riferimento agli standard organizzativi previsti dalla normativa vigente".

La DGR 1400 del 3.08.2007 stabilisce che, per alcuni erogatori (gli IRCCS e la struttura riabilitativa di Ceglie Messapica), le tariffe per le prestazioni riabilitative di alta specialità riferite ai codici 75 (neuroriabilitazione riconoscibile alle suddette strutture in presenza dei requisiti e condizioni) e 28 (unità spinale) sono determinate nella misura prevista dal sistema della tariffa unica convenzionale (TUC), senza gli abbattimenti stabiliti dall'art. 24 della L.R. 4 Agosto 2004, n. 14 con impegno da parte degli IRCCS a garantire ricoveri anche in eccedenza a quelli previsti nei tetti stabiliti.

BASILICATA - Ripartizione FSR

La DGR 85 del 29.01.2008 reca "Riparto del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata - riparto provvisorio per l'anno 2008".

La delibera prevede che una parte dei fondi sia accantonata alivello regionale ed una quota sia assegnata alle aziende sanitarie.

Gli accantonamenti riguardano:

- una quota, corrispondente al 8% del FSR, destinata a spesa regionale (screening, vaccini, 118, servizi informatici, ecc), a funzioni regionali (relative, come specificato nell'allegato 9 della DGR 581/2007, a corsi di laurea professioni sanitarie, personale 118, e distaccato presso la regione, indennità di volo medici e infermieri, somministrazione diretta di farmaci nell'ambito dell'assistenza penitenziaria, centro riferimento trapianti, genetica medica, indennità farmacie rurali, altro), al perseguimento di obiettivi vincolanti;
- una quota pari al 3,1% del FSR destinata a spesa diretta regionale
- una quota pari al 1,2% del FSR destinata a Risorse Vincolate.

E' previsto, inoltre, un fondo di riequilibrio ed integrazione delle quote di assegnazione alle Aziende Sanitarie.

Il fondi rimanenti sono ripartiti tra le aziende sanitarie secondo quota capitaria basata sulla popolazione residente, popolazione residente ponderata con i consumi per classe di età, dotazione standard di posti letto per specialità e dislocazione e per utilizzo ottimale standardizzato (come definito dalla DGR 193/2007).

Per i singoli Livello essenziale di assistenza In sede di riparto sono previste le seguenti quote: prevenzione 5%, assistenza distrettuale 51%, assistenza ospedaliera 44%.

Le Aziende Sanitarie Regionali, nell'ambito delle linee guida del riparto e delle direttive regionali, possono ricalibrare opportunamente tali risorse destinate ai livelli di assistenza per accompagnare la graduale rimodulazione dei servizi in relazione alle esigenze dell'organizzazione aziendale, alla realtà locale e alla correlazione di complementarietà e sostituibilità tra le diverse forme di intervento assistenziale.

SICILIA - Ricoveri per acuti

Il Decreto 18.10.2007 "Tariffe massime applicabili nel territorio della Regione siciliana per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura per acuti, per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza" stabilisce che dal 1 ottobre 2007 si applicano a tutte le strutture che erogano tali prestazioni le tariffe massime previste dal DM 12.09.2006.

E' prevista una remunerazione extratariffaria, aggiuntiva, per l'applicazione di protesi cocleari (presso le strutture formalmente autorizzate) e di stimolatore cerebrale (presso le strutture formalmente autorizzate), per il Trapianto multiviscerale, per il Trapianto di intestino isolato.

Il Decreto 18.10.2007 "Contenimento delle prestazioni classificate inappropriate e ad alto rischio di inappropriatezza" definisce il sistema di controllo della inappropriatezza. A decorrere dal 01.01.2007 e per tutto il periodo di programmazione sanitaria 2007/2009, relativamente alle prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, in day surgery e day hospital effettuate dalle aziende ospedaliere, dalle aziende ospedaliere policlinico, dai presidi ospedalieri delle aziende unità sanitarie locali, dagli IRCCS, nonché dalle strutture ospedaliere a gestione sperimentale e da quelle della ospedalità privata, ai fini del contenimento delle prestazioni classificate inappropriate e ad alto rischio di inappropriatezza, con riferimento ai 43 DRG. contenuti nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, è disposto l'abbattimento della valorizzazione dell'attività di ricovero ospedaliero ordinario oltre il superamento di una soglia del 5% sui valori di ciascuno dei suddetti DRG prodotti, entro la quale non operano gli abbattimenti stessi, con decurtazioni pari al 50% per i DRG

chirurgici e al 60% per i DRG medici. Ai ricoveri in day surgery e in day hospital a rischio di inappropriata si applicano le tariffe previste dal nomenclatore tariffario per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, laddove sia prevista la corrispondente tariffa e non si riconosce alcuna valorizzazione per le altre prestazioni eccedenti i tetti individuati.

Il Decreto, inoltre, stabilisce che i volumi dei ricoveri ordinari e di day hospital devono essere coerenti con i posti letto disponibili, oltre i quali non è previsto alcun finanziamento. I volumi massimi dei ricoveri in day surgery e in day hospital sono determinati secondo i seguenti indici di attività:

- tasso di occupazione non inferiore al 100% della tariffa con riferimento ai giorni di effettiva attività;
- indice di rotazione giornaliera del posto letto non superiore a 2, calcolato sul funzionamento della struttura per 270 giorni l'anno;
- ricoveri con durata di un solo giorno in una percentuale massima del 30% rispetto al totale dei ricoveri in day hospital

SICILIA - Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

Il Decreto 18.10.2007 "Tariffe massime applicabili nel territorio della Regione siciliana per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura per acuti, per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza" stabilisce che dal 1 ottobre 2007 si applicano a tutte le strutture che erogano tali prestazioni le tariffe massime previste dal DM 12.09.2006.

La tariffa dei DRG prodotti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera (individuate con il codice disciplina 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 28 "Unità spinale" e 75 "Neuroriabilitazione") e di lungodegenza ospedaliera (individuate con il codice disciplina 60), corrisponde alla valorizzazione di una giornata di ricovero.

Per i DRG prodotti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera, in caso di ricoveri superiori a sessanta giorni nella disciplina 56 la remunerazione massima da corrispondere oltre il sessantesimo giorno è pari alla tariffa giornaliera ridotta del 40%. Tale riduzione non si applica ai ricoveri nelle discipline 28 e 75

Per i DRG prodotti dalle unità operative di lungodegenza ospedaliera (codice disciplina 60), in caso di ricoveri con degenza superiore a sessanta giorni, la remunerazione massima da corrispondere oltre il sessantesimo giorno è pari alla tariffa giornaliera ridotta del 30%.

Le tariffe delle case di cura preaccreditate di cui alla fascia "F" del decreto n. 878/2002, nelle more del provvedimento generale di riclassificazione per fasce di tutte le strutture sanitarie, sono rimodulate, a seguito di negoziazione intervenuta, e in esito alle economie per le medesime scaturenti dal decreto n. 2229/07, con l'abbattimento del 3% in via transitoria fino a nuovo provvedimento.

Sicilia - tariffe riabilitazione e lungodegenza	TARIFFE			Valore soglia
	MDC	CdC fascia F		
		Classe A		
Reparto 56	mdc 1	261,84	253,98	60
	mdc 4	230,86	223,93	60
	mdc 5	251,00	243,47	60
	mdc 8	237,05	229,94	60
	altre mdc	201,42	195,38	60
Reparto 28-75	mdc 1	261,84	253,98	-
	mdc 4	230,86	223,93	-
	mdc 5	251,00	243,47	-
	mdc 8	237,05	229,94	-
	altre mdc	201,42	195,38	-
Reparto 60		137,89	133,76	60

■ RIPARTIZIONE DEL FSR - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali

Ripartizione del FSR - principali caratteristiche dei sistemi regionali

	Piemonte	Lombardia	Veneto
	DGR 1-8611/2008	DGR 5743/2008	DGR 2690/2008
provvedimento normativi	Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008	Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008	Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2008 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza
criteri di ripartizione / assegnazione			
ACCANTONAMENTI a livello regionale		spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, remunerazione prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP, saldo mobilità sanitaria interregionale, Assistenza socio-sanitaria integrata; progetti obiettivo di interesse nazionale e Regionale, Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, funzioni non tariffate	interventi e attività svolte a livello accentrato regionale (tra cui Agenzia per i servizi sociosanitari, agenzia per la prevenzione e protezione ambientale, domiciliarità, realizzazione di azioni strumentali, ecc) e costi relativi ai farmaci oncologici ad elevato costo
criteri di assegnazione relativi alle ASL	finanziamento definito sulla base degli obiettivi fissati e dei dati CE 4' trim 2007 per mobilità attiva e prestazioni da privati	quota capitaria pro-capite/assistibile, ponderata secondo: -criterio storico (75% delle risorse, secondo pesatura (mortalità, consumi per fasce di età, ecc); - criterio demografico (16% delle risorse, in relazione a pop >65 anni e frequenza di pop con problemi sanitari cronici) -criterio geografico (9% delle risorse, in relazione a densità abitativa ed altimetria)	quota capitaria ponderata secondo: -popolazione residente, -popolazione pesata sull'età, -spesa storica, -fabbisogno previsto
criteri di assegnazione relativi alle AO	finanziamento specifico, che include valorizzazione produzione, finanziamento per funzioni e riequilibrio	- finanziamento funzioni non tariffate - contratti con le ASL per l'erogazione di prestazioni ai residenti	- finanziamento funzioni non tariffate - finanziamento specifico
funzioni non tariffate			
DESTINATARI	Aziende ospedaliere	Aziende Ospedaliere, Fondazioni IRCCS e erogatori privati accreditati	-ASL, aziende ospedaliere, Istituto Oncologico Veneto - case di cura, ospedali classificati
TIPOLOGIA DI FUNZIONI	ND	attività di ricerca degli IRCCS, didattica universitaria, ampiezza del case-mix, alta complessità assistenza riabilitativa, trapianto, emergenza urgenza, neuropsichiatria, terapia intensiva e trasporto neonatale, casistica extraregionale in % doppia rispetto alla media regionale, maggiori oneri da vincoli architettonici, sicurezza trasfusionale	PS, emergenza, terapia intensiva, avviamento attività IRCCS e finanziamento aziende integrate
quote LEA			
ass collettiva	ND	5,5%	5%
distrettuale	ND	51,0%	51%
ospedaliera	ND	43,5%	44%

Ripartizione del FSR - principali caratteristiche dei sistemi regionali

	FVG	Liguria	EmiliaR
	DGR 1412/2008	DGR 208/2008	DGR 602/2008
provvedimento normativi	Programmazione annuale 2008 del servizio sanitario regionale	Anno 2008, assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli enti equiparati. direttive ed obiettivi	linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2008
criteri di ripartizione / assegnazione			
ACCANTONAMENTI a livello regionale	spese e funzioni sovaziendali (informatizzazione, screening, elisoccorso, ecc) e per il riparto tra le aziende dei costi relativi alla maggiore offerta dei nuovi accreditamenti di strutture private e l'avvio dello screening del colon-retto	agenzie regionali, mobilità passiva pregressa, farmaci oncologici, progetti regionali, distribuzione diretta di farmaci	sistema integrato SSR università, maggiori oneri per nuovi contratti personale dipendente, finanziamento strutture e funzioni regionali, innovazione, piani di rientro aziendali, garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, riqualificazione aziendale, differenziali tariffe per il 2007 (regi./TUC), Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA)
criteri di assegnazione relativi alle ASL	quota capitaria pesata costo atteso per residente per distretto calcolato attraverso un modello statistico basato su costo osservato le esigenze di salute della popolazione residente	finanziamento specifico basato su analisi dei costi e degli interventi di razionalizzazione, obiettivi di potenziamento dei servizi, riequilibrio della quota capitaria nei singoli bacini di utenza	quota capitaria per popolazione residente corretta con studenti e turisti pesata secondo: -popolazione per sesso ed età, consumo di farmaci, specialistica ambulatoriale, ricoveri -impianti da controllare, bovini equivalenti -costo convenzioni MMG PLS Inoltre, alle ASL nel cui territorio insista una AO, sono assegnati ulteriori contributi per obiettivi di produzione ospedaliera con tale azienda, da includere nell'accordo di fornitura 2008 tra le due aziende
criteri di assegnazione relativi alle AO	criterio storico	finanziamento specifico	- accordi di fornitura con la ASL di competenza territoriale - apposito finanziamento per Istituti Ortopedici Rizzoli
funzioni non tariffate			
DESTINATARI	ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS	Aziende sanitarie ed enti equiparati	ASL, Aziende Ospedaliere
TIPOLOGIA DI FUNZIONI	funzioni parzialmente tariffate, ricerca, donazione e trapianto di organo	assistenza intensiva territoriale e domiciliare a pazienti psichiatrici; prelievo e trapianto d'organi; registro donatori midollo osseo, assistenza domiciliare bambini oncologici, trasporto neonatale e screening neonatale di massa; registro mortalità, registro tumori e registro mesoteliomi	specificità aziendali
quote LEA			
ass collettiva	0,0%	ND	4,6%
distrettuale	45,7%	ND	50,4%
ospedaliera	54,3%	ND	45,0%

Ripartizione del FSR - principali caratteristiche dei sistemi regionali

	Toscana	Umbria	Marche
	DGR 53/2008	LR 3/1998; DGR 1347/2007	DGR 434/2007
provvedimento normativi	Piano Sanitario Regionale 2008-2010	Ordinamento del sistema sanitario regionale; Riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al SSR 2007	Definizione del processo di budgeting delle aziende, zone territoriali, presidi di alta specializzazione dipartimento regionale di medicina trasfuzionale e dell'INRCA, anno 2007
criteri di ripartizione / assegnazione			
ACCANTONAMENTI a livello regionale	funzionamento enti/organismi regionali, funzioni svolte direttamente dalla Regione; programmi di interesse regionale, sviluppo ricerca e innovazione; valorizzazione e qualificazione assistenza sanitaria zone insulari e montane, prelievo/trapianto organi, progetti speciali, Agenzia Regionale Sanitaria, fondo di sostegno funzioni regionali di riferimento, attività non sufficientemente remunerata delle Aziende Ospedaliere Universitarie	spese dirette da parte della Regione, accantonamenti regionali, ARPA, compensazione della mobilità interregionale	Arpam, integrazione socio-sanitaria, fondo di riserva
criteri di assegnazione relativi alle ASL	finanziamento definito dal piano sanitario regionale, basato sulla popolazione residente pesata secondo: - popolazione residente ponderata con riferimento ai consumi per classe di età - condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende, distribuzione della popolazione nei centri urbani	quota capitaria corretta secondo parametri epidemiologici e demografici	finanziamento definito dalla delibera annuale
criteri di assegnazione relativi alle AO	valore delle prestazioni erogate, sulla base delle tariffe massime regionali o su altre valorizzazioni concordate con AUSL	- finanziamento funzioni - valore delle attività erogate in base agli accordi stipulati con le Aziende USL (relativi a volumi e corrispettivi basati sulle tariffe regionali)	finanziamento definito dalla delibera annuale
funzioni non tariffate			
DESTINATARI	aziende ospedaliere universitarie	ASL e Aziende ospedaliere	policlinici universitari e IRCCS
TIPOLOGIA DI FUNZIONI	funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata, diffusione dell'innovazione, della qualità e della produttività ,funzioni di didattica e di ricerca	118, AIDS, Centro Regionale Trapianti, didattica e ricerca, unità spinale, alta specializzazione, sperimentazioni specifiche, Centro Coordinamento Sangue Regionale, centri di riferimento, ecc	Agenzie regionali, Servizio Elicotteri, Emergenza, Trapianti, Piano Sangue, Monitoraggio Spesa Farmaceutica, Monitoraggio Bilanci, Osservatorio prezzi
quote LEA			
ass collettiva	5%	ND	ND
distrettuale	53%	ND	ND
ospedaliera	42%	ND	ND

Ripartizione del FSR - principali caratteristiche dei sistemi regionali

	Lazio	Campania	Puglia	Basilicata
	DGR 1050/2007	DGR 726/2007	DGR 95/2008	DGR 85/2008
provvedimento normativi	Riparto tra le aziende sanitarie locali del Lazio delle risorse disponibili a valere sul FSR per l'anno 2008	Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006 – 2010	Documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per l'anno 2008. Assegnazione alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, agli enti ecclesiastici ed agli IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2008	Riparto del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata - riparto provvisorio per l'anno 2008
criteri di ripartizione / assegnazione				
ACCANTONAMENTI a livello regionale	aziende ed agenzie regionali, complessità organizzativa e dell'alta specializzazione delle Aziende Sanitarie, presenza facoltà di medicina, altri interventi effettuati dalla Regione		spese direttamente gestite (distribuzione diretta di farmaci, mobilità interregionale, ARPA, case protette, elaborazione dati, ecc), riequilibrio, emergenza, funzioni da remunerare a costo standard, riconversioni ospedaliere, personale convenzionato, il piano di prevenzione, didattica universitaria, la colonia hanseniana, canoni di locazione	spesa regionale (screening, vaccini, 118, servizi informatici, ecc), funzioni regionali, obiettivi vincolanti, spesa diretta regionale
criteri di assegnazione relativi alle ASL	popolazione residente pesata secondo: - popolazione residente ponderata con riferimento ai consumi per classe di età - distribuzione degli abitanti, - caratteristiche del territorio	quota capitaria pesata secondo: geomorfologiche e struttura del territorio, mortalità, popolazione residente, popolazione residente pesata secondo consumi per classi di età, reddito pro capite, per l'attività ospedaliera anche su fatturato per tipologia di prestazioni e complessità del case mix	quota capitaria pesata secondo: - popolazione residente - popolazione residente ponderata con riferimento ai consumi per classe di età	quota capitaria pesata secondo: - popolazione residente - popolazione residente ponderata per classe di età - dotazione standard di posti letto per specialità (quantificati sulla base della popolazione pesata sui consumi)
criteri di assegnazione relativi alle AO	- valore delle prestazioni erogate, sulla base delle tariffe regionali - finanziamento funzioni alta specialità, didattica ecc	finanziamento definito dalla delibera annuale, basato sul valore delle prestazioni erogate	finanziamento definito dalla delibera annuale per aziende ospedaliere e universitarie pubbliche, istituti ecclesiastici, IRCCS privati	finanziamento definito dalla delibera annuale sulla base della dotazione standard di posti letto per specialità e su funzioni
funzioni non tariffate				
DESTINATARI	aziende sanitarie pubbliche e private	IRCCS, policlinici universitari	aziende sanitarie, aziende ospedaliere e universitarie pubbliche, istituti ecclesiastici, IRCCS privati	aziende sanitarie pubbliche
TIPOLOGIA DI FUNZIONI	complessità organizzativa e dell'alta specializzazione delle Aziende Sanitarie, presenza delle facoltà di medicina	agenzie regionali, 118, Servizio Elicotteri, Emergenza, Trapianti, Piano Sangue, Monitoraggio Spesa Farmaceutica, Monitoraggio Bilanci, Osservatorio prezzi, interessi per convenzioni di factoring	banca cordone ombelicale, Medicina Trasfusionale, Banca regionale del sangue congelato e del sangue raro, promozione donazione e trapianto organi, Informazione ed Educazione sanitaria di operatori e cittadini, sistema di telemedicina -telecardiologia. Centro di Eccellenza regionale per le malattie Neurodegenerative	corsi di laurea professioni sanitarie, personale 118, e distaccato presso la regione, indennità di volo medici e infermieri, somministrazione diretta di farmaci nell'ambito dell'assistenza penitenziaria, centro riferimento trapianti, genetica medica, indennità farmacie rurali, altro
quote LEA				
ass collettiva	5%	stima agenas 5-6%	4,40%	5,00%
distrettuale	51%	stima agenas 41-36%	48,40%	51,00%
ospedaliera	44%	stima agenas 49-54%	47,20%	44,00%

■ RICOVERI PER ACUTI - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali di remunerazione

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Veneto
TARIFFE				
decorrenza	01gen2006	01gen2004	01gen2008	01gen2006
modalità di determinazione	pesi regionali per DRG basati su DM 1997 e TUC 2006, differenziati per regime e durata del ricovero	-desunte dal DM 30.06.1997 per i DRG non modificati vers.10^ -basate su costo standard di produzione e costi generali per i DRG nuovi/modificati	rilevazioni e valutazioni sui bilanci di esercizio e sulla contabilità analitica degli erogatori; incremento medio del 2% rispetto al 2007	costo standard di produzione calcolato sulla base dei costi pieni rilevati presso un campione di erogatori pubblici e privati preaccreditati
particolarità tariffe regime ordinario	--	--	--	tariffa unica (138,5 euro) per i DRG medici con degenza <2gg e per le giornate oltre soglia
particolarità tariffe day hospital	--	--	--	tariffe ridotte/forfait per dh in specifici casi
classi tariffarie	- strutture pubbliche, equiparate, CdC def. accreditate fascia A: 100% - CdC def accr fascia B: -8% - CdC def accr fascia C: -15% - CdC provv accr : -20%, -22%	--	--	--
rimborsi extratariffari	- importo predefinito: solo per alcuni erogatori: protesi cocleare, stimolatore cerebrale - rimborso costo sostenuto: protesi d'anca, artrodesi vertebrale, 50% del costo sostenuto (tutti gli erogatori)	--	- rimborso costo sostenuto: 25% del costo medio rilevato per protesi anca; stent; defibrillatore cardiaco; ginocchio; inetratriale "ad ombrellino"; cocleare presso i centri di riferimento - rimborso costo valvole cardiache aortica o polmonare per via percutanea/transapicale	importo predefinito: cuore artificiale, protesi d'anca, protesi cocleare multielettrodo, stimolatore cerebrale
REGOLAZIONE DEI VOLUMI DI SPESA E DI ATTIVITÀ				
budget	contratti tra erogatori e ASL di competenza, budget economico e per tipologie di attività	--	contratti tra erogatori e ASL di competenza, budget economico e per tipologie di attività	budget finanziario definito centralmente, non comprensivo dei non residenti
prestazioni non soggette a budget	--	--	alcune prestazioni (interventi per tumori maligni, parti, ecc.) non soggette a budget e remunerate a consuntivo	solo per gli erogatori pubblici, trapianti di organo e midollo ed un elenco di DRG se erogati in specifici reparti
ricoveri relativi a non residenti	inclusi nel budget per erogatore	--	non soggeetti a budget	non soggeetti a budget
superamento budget	regressione tariffaria per privati accreditati -50%	--	non remunerata a meno di accordi con ASL	regressione tariffaria per privati accreditati tra -65% e - 85%

Ricoveri per acuti - principali caratteristiche dei sistemi tariffari regionali

	FVG	Liguria	EmiliaR	Toscana
TARIFFE				
decorrenza	01gen2006	01gen2005	01gen2008	01gen2005
modalità di determinazione	incremento 0,5% rispetto alle precedenti	- DRG nuovi/modificati basati su tariffe altre regioni; - DRG LEA rilevazione costi; - confermate tariffe altri DRG; - day surgery 90% ric ordinario	- analisi dei costi (dati 2005), metodo top-down (software CAMS) - verifica costi 2007	- DRG non modificati (eccetto trasferibili in ambulatorio): incremento 2%; - DRG LEA incremento 1,5%; - DRG nuovi / modificati: analisi costi
particolarità tariffe regime ordinario	tariffa oltre soglia differenziata fino a 60gg e oltre 60gg	--	- tariffa unica (124,7 euro) per ricoveri medici di 1 giorno (salvo DRG 373,124,125,323) - dimessi discipli 47 Grandi Ustionati tariffa giornaliera 1.751 euro	Per i DRG 49, 108, 209, 288 e 481 in presenza di specifiche attività/casi sono previste apposite tariffe
particolarità tariffe day hospital	--	--	DH medico : fino a 3 accessi tariffa forfetaria unica (124,7 euro), oltre 3 accessi tariffa forfetaria per DRG	DRG chirurgici: tariffa unica per i ricoveri ordinari e diurni
classi tariffarie	- strutture rete emergenza o che svolgono attività didattica/ricerca: 100% - altre strutture -21%.	- tutte le strutture eccetto strutture e reparti pediatrici 100%; - strutture e reparti pediatrici + 10%	- aziende ospedaliere, istituti di ricerca, altri erogatori di alta specialità: 100% - altri pubblici e privati: mediamente - 13%	- strutture emergenza urgenza 100% - strutture elezione programmata -12% - Presidi Area Vasta +3%
rimborsi extratariffari	importo predefinito: espianto di organo, litotritore, cuore artificiale, protesi mammaria, stimolatore cerebrale	importo predefinito: procedure relative a trapianto di midollo osseo, donazione / prelievo di midollo osseo, raccolta, conservazione e distribuzione di cellule staminali da sangue periferico, cordone ombelicale, midollo osseo, per l'irradiazione totale corporea	importo predefinito: - protesi: cocleare, spalla, artrodesi vertebrale, sfinteriche urinarie, endoaortiche, stimolatore cerebrale, neurostimolatore spinale, pompa infusione intratecale, metacarpale / metacarpofalangea, biliari, mammarie, neurostimolatore vagale, elementi radioattivi / radioisotopi - alcuni trapianti	--
REGOLAZIONE DEI VOLUMI DI SPESA E DI ATTIVITÀ				
budget	--	contratti tra erogatori e ASL di competenza	contratti tra erogatori privati accreditati e ASL di competenza	budget economico definito dalla ASL con gli erogatori presenti nel proprio territorio
prestazioni non soggette a budget	--	--	--	--
ricoveri relativi a non residenti	--	non soggeetti a budget	non soggeetti a budget	ND
superamento budget	regressione tariffaria per privati accreditati tra - 30% e - 100%	le prestazioni sono remunerate all'80% del valore tariffario	penalizzazioni tariffarie previste dagli accordi contrattuali	--

Ricoveri per acuti - principali caratteristiche dei sistemi tariffari regionali

	Umbria	Marche	Lazio
TARIFFE			
decorrenza	01gen2007	01gen2006	01gen2007
modalità di determinazione	analisi dei costi (dati 2004 incrementati del 5%), metodo top-down (software CAMS). Per i DRG LEA le tariffe, rispetto ai costi sono state ridotte del 20% per i medici, del 10% per i chirurgici	ND	tariffe ex DM 12.09.2006 integrate per i DRG introdotti con vers 19 ^A con le tariffe ed DGR 164/2006, determinate su analisi dei costi (dati 2002-2003), metodo top-down (software Rapids)
particolarità tariffe regime ordinario	--	--	--
particolarità tariffe day hospital	Per i DRG erogati in day surgery la tariffa è pari all'85% della tariffa ordinaria, eccetto DRG 6 e 39 ai quali si applica la tariffa ambulatoriale	--	--
classi tariffarie	- strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA II +20%, - strutture incluse nella rete di emergenza dotate di DEA I +10%, - altre strutture, 100%	- comprendono gli Ospedali di Rete, le Aziende Ospedaliere e l'INRCA di Ancona - comprendono gli Ospedali di Polo e l'INRCA di Fermo - Case di Cura private	- strutture con < 120 pl, in cui non è presente il pronto soccorso ed in cui non viene svolta attività di didattica o ricerca : -5% - altre strutture: 100%
rimborsi extratariffari	--	--	importo predefinito: protesi d'anca, protesi cocleare, prelievo di organi per trapianto, accertamento morte cerebrale
REGOLAZIONE DEI VOLUMI DI SPESA E DI ATTIVITÀ			
budget	accordi tra ASL, aziende ospedaliere e erogatori privati accreditati	accordo tra regione e associazioni di categoria CdC	definito dalla regione; gli erogatori devono sottoscrivere un contratto con la ASL
prestazioni non soggette a budget	--	--	DRG 391
ricoveri relativi a non residenti	inclusi nel budget per erogatore	non soggetti a budget	inclusi nel budget per erogatore
superamento budget	per eccedenza entro 10%, regressione tariffaria -85%, oltre non remunerata; sono escluse prestazioni di "elevata complessità" erogate dalle AO	remunerazione da definire con associazioni di categoria	le prestazioni eccedenti il budget non sono remunerate

Ricoveri per acuti - principali caratteristiche dei sistemi tariffari regionali

	Campania	Puglia
TARIFFE		
decorrenza	01gen2006	10gen2006
modalità di determinazione	DM 30.06.1997	DM 30.06.1997
particolarità tariffe regime ordinario	--	--
particolarità tariffe day hospital	--	--
classi tariffarie	-AO Policlinici e IRCCS pubblici :100% - PO di ASL e ospedali classificati sede di DEA e PS : 95% - PO di ASL senza PS, IRCCS privati, altri ospedali classificati : 90% - Case di cura: 6 classi, comprese tra 57% e 95%	- Enti ecclesiastici equiparati alle AO, IRCCS, Aziende ospedaliero-universitarie e altri Presidi pubblici: DRG alta complessità +10%, altri DRG +5,5% - CdC : 3 classi tariffarie, DRG alta compl. da -10% a +5%, altri DRG da -2% a -5%
rimborsi extratariffari	importo predefinito: - stent medicato - per le sole CdC esclusi i DRG introdotti con la vers. DRG 19': incremento forfettario del fatturato pari al 7%	rimborso costo sostenuto: gli erogatori possono optare tra la tariffa regionale integrale (comprensiva del costo della protesi) e la tariffa ridotta del 20% maggiorata del costo della protesi
REGOLAZIONE DEI VOLUMI DI SPESA E DI ATTIVITÀ		
budget	- a livello regionale definiti budget per macroarea/branca acquistata dalle CdC; - accordi tra ASL, associazioni di categoria e CdC	- per enti ecclesiastici e IRCCS privati stabiliti da norme regionali - accordi tra ASL e case di cura accreditate; non include il materiale protesico
prestazioni non soggette a budget	--	DRG 372,373,374,375,493 ; DRG 5, 116, 499, 516, 517, 518, DRG alta spec TUC
ricoveri relativi a non residenti	inclusi nel budget per erogatore	inclusi nel budget per erogatore, ma l'eventuale incremento della mobilità attiva verrà riconosciuta anche oltre il tetto
superamento budget	Lo sfioramento del budget determina una corrispondente regressione tariffaria sul fatturato complessivo della stessa CdC	per le prestazioni eccedenti è prevista una riduzione della remunerazione pari al 7%

■ RICOVERI DI RIABILITAZIONE - Quadro sinottico delle principali caratteristiche dei sistemi regionali di remunerazione e delle relative tariffe massime per il ricovero in regime ordinario

Riabilitazione e lungodegenza - principali caratteristiche dei sistemi tariffari e tariffe massime regionali per il ricovero in regime ordinario														
disciplin a	principali caratteristiche del sistema tariffario	REGIONI												
		Piemonte	Lombardia	Veneto	FVG	Liguria	EmiliaR	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Campania	Puglia	Sicilia
	articolazione tariffe	per regime di ricovero, disciplina, intensità di cure, MDC	per regime di ricovero, MDC e DRG	per regime di ricovero, MDC	per regime di ricovero, disciplina, MDC	per disciplina e MDC	per regime di ricovero, disciplina, MDC	per regime di ricovero, disciplina, MDC, periodo di ricovero	per regime di ricovero, disciplina, MDC	per MDC tipo erogatori; rimb forfettario per prest non incl	per regime di ricovero, disciplina, MDC	per MDC	ND	per MDC
	valore soglia	solo disc 56, differenziato per MDC, 30 -60gg	diff per DRG 15-180gg	disc 56, diff MDC 15-60gg	vs = 40gg	vs = 60gg	eccetto ventilaz meccanica 96.7-; differenziato per MDC, 15-60gg	solo disciplina 56 = 60gg	vs = 60gg	-	solo discipl 56 = 60gg	vs = 60gg	ND	solo discipl 60 = 60gg
	abbattimento oltre soglia	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	variabile per MDC, tra -30 e -40%	variab per mdc (-6% e -25%)	-40%	-	-40%	-40% riabil, - 30% lungodeg	ND	-40% riabilitaz, -30% lungodeg
	% riduzione DH - ordinari	dh erogabile solo da disc 28, 75 e 56 II livello; - 35%	-25%	variabile per MDC, tra - 16% e -27%	dh solo disc 75; -29,4%	-	variabile per mdc e disciplina, tra -27% e -66%	tariffa unica per disc 28 e 75, per disc 56 per MDC; riduzione su ric ord variabile tra - 25% e -34%	-20%	-	-15%	-	-	-
	differenza DH - ordinari	varia tra -72,07 e 165,17	varia tra -42 e -91	varia tra -32 e 134	- 106,00	-	varia tra -47 e -166	varia tra -58 e -122	varia tra -45 e -87	-	varia tra -30 e -55	-	-	-
cod 56	MDC 1	267,96	233 - 362	260,22	277,00	261,84	308,35	1-40gg=259; 41-60gg=194; >60gg=156	293,00	236,60	261,84	261,84	261,84	261,84
	MDC 4	236,06	223 - 314	230,31	243,00	230,86	218,96	1-20gg=250; 21-40gg=219; 41-60gg=170; >60gg=156	258,00	208,20	230,86	230,86	230,86	230,86
	MDC 5	256,62	217 - 300	248,26	264,00	251,00	239,53	1-20gg=250; 21-40gg=219; 41-60gg=170; >60gg=156	281,00	226,60	251,00	251,00	251,00	251,00
	MDC 8	242,44	217 - 250	236,28	250,00	237,05	246,85	1-30gg=250; 31-60gg=187; >60gg=156	265,00	214,30	237,05	237,05	237,05	237,05
	Altre MDC	206,53	167	197,41	243,00	201,42	184,27	1-20gg=195; 21-40gg=184; 41-60gg=170; >60gg=156	225,00	154,40	201,42	201,42	201,42	201,42
cod 28	MDC 1	471,65		393,53		353,48	369,07	489,00	434,00		come 56			come 56
	MDC 4						206,41							
	MDC 5						223,61							
	MDC 8						231,57							
	Altre MDC						172,02							
cod 75	MDC 1	solo DRG 23 27 28 29 30 : 350,67		367,29	361,00	come 56	406,28	470,00	405,00	442,90	367,29			come 56
	MDC 4				361,00		406,28							
	MDC 5				361,00		406,28							
	MDC 8				361,00		406,28							
	Altre MDC				361,00		406,28							
riabilitazione - altro	--		--	--	--	alte specialità riab: con ventilaz meccanica(96.7-) disc 28 547,00, disc 56-75 457,00	coma vegetativo 340,00	--	unità risveglio 503,20	riabil speciale su p.l. di lungodeg	--	--	--	
cod 60		154,07		157,58			163,77	156	154		142,03	137,89		

■ RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - Tariffe regionali massime

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
1	Craniotomia eta' > 17, eccetto per traumatismo	C 1	11.249	9.456	10.886	12.708	10.401	11.182	10.305	14.486	11.820	10.401	9.456	9.456
2	Craniotomia eta' > 17 per traumatismo	C 1	10.402	8.544	11.099	11.483	9.399	10.135	6.610	11.100	10.680	9.399	8.544	8.544
3	Craniotomia eta' < 18	C 1	10.818	8.860	10.502	11.906	9.746	10.478	10.652	6.970	11.075	9.746	8.860	8.860
4	Interventi sul midollo spinale	C 1	7.468	6.430	7.882	8.642	7.073	7.643	8.116	8.255	8.038	7.073	6.430	6.430
5	Interventi sui vasi extracranici	C 1	4.718	4.736	4.346	6.364	5.210	5.600	4.511	5.604	5.683	4.736	4.736	4.736
6	Decompressione del tunnel carpale	C 1	886	1.503	771	2.019	1.236	800	1.065	400	886	1.503	1.503	1.503
7	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con cc	C 1	8.886	7.210	7.530	9.690	7.931	8.534	9.002	7.230	9.013	7.931	7.210	7.210
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	C 1	2.543	2.770	2.045	3.723	3.047	3.276	2.808	3.918	3.047	2.770	2.770	2.770
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	M 1	5.492	5.289	3.854	7.107	5.817	3.945	3.607	2.997	6.346	5.289	5.289	5.289
10	Neoplasie del sistema nervoso con cc	M 1	4.655	4.928	3.248	6.622	5.962	3.976	4.300	4.592	5.913	4.928	4.928	4.928
11	Neoplasie del sistema nervoso senza cc	M 1	2.680	3.224	2.386	4.332	3.901	2.360	2.966	2.479	3.546	3.224	3.224	3.224
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M 1	3.782	4.033	2.878	5.420	4.436	2.947	3.720	3.553	4.840	4.033	4.033	4.033
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M 1	2.193	2.662	2.439	3.578	2.928	2.474	2.453	2.887	2.928	2.662	2.662	2.662
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	M 1	3.716	3.927	2.641	5.277	4.319	3.752	2.806	4.120	4.712	3.927	3.927	3.927
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	M 1	2.308	2.460	2.150	3.306	2.706	2.175	2.349	2.513	2.706	2.460	2.460	2.460
16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	M 1	3.490	3.935	2.594	5.289	4.329	3.421	3.565	3.581	4.329	3.935	3.935	3.935
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	M 1	2.362	2.825	1.991	3.797	3.107	1.983	2.692	2.515	2.825	2.825	2.825	2.825
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con cc	M 1	2.750	3.254	1.649	4.374	3.579	2.846	3.171	3.116	3.254	3.254	3.254	3.254
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	M 1	1.282	2.493	1.202	3.351	1.904	1.514	2.335	1.945	2.244	2.493	2.493	2.493
20	Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	M 1	5.558	5.477	6.896	7.360	6.024	5.947	4.513	8.730	6.572	5.477	5.477	5.477
21	Meningite virale	M 1	2.876	3.037	4.246	4.081	3.341	4.304	2.963	5.184	3.341	3.037	3.037	3.037
22	Encefalopatia ipertensiva	M 1	3.156	3.352	2.188	4.505	3.687	2.241	3.053	2.468	3.687	3.352	3.352	3.352
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M 1	2.484	2.766	2.544	3.717	3.043	2.531	2.827	2.773	3.043	2.766	2.766	2.766
24	Convulsioni e cefalea eta' > 17 con cc	M 1	2.219	2.687	1.607	3.611	2.956	2.472	2.696	2.778	2.687	2.687	2.687	2.687
25	Convulsioni e cefalea eta' > 17 senza cc	M 1	1.147	2.049	1.097	2.754	1.379	1.355	1.925	1.629	1.844	2.049	2.049	2.049
26	Convulsioni e cefalea eta' < 18	M 1	1.396	1.729	2.709	2.324	1.901	3.120	1.910	1.785	1.901	1.729	1.729	1.729
27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	M 1	4.297	4.515	4.264	6.067	4.966	4.242	4.789	4.081	5.418	4.515	4.515	4.515
28	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' > 17 con cc	M 1	3.946	4.213	3.096	5.663	4.635	3.767	3.356	4.890	5.056	4.213	4.213	4.213
29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' > 17 senza cc	M 1	1.794	2.151	1.826	2.890	2.183	1.816	1.840	2.941	2.366	2.151	2.151	2.151
30	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' < 18	M 1	1.047	1.409	1.070	1.893	1.430	1.109	1.465	1.671	1.550	1.409	1.409	1.409
31	Commozione cerebrale, eta' > 17 con cc	M 1	1.907	2.092	1.968	2.812	2.301	2.287	1.985	3.252	2.301	2.092	2.092	2.092
32	Commozione cerebrale, eta' > 17 senza cc	M 1	1.276	1.402	1.327	1.883	1.423	1.322	1.277	1.995	1.542	1.402	1.402	1.402
33	Commozione cerebrale, eta' < 18	M 1	1.178	1.107	816	1.488	1.124	740	1.210	1.628	1.218	1.107	1.107	1.107
34	Altre malattie del sistema nervoso, con cc	M 1	3.736	4.295	2.398	5.772	4.724	3.531	3.505	3.855	4.724	4.295	4.295	4.295
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	M 1	2.021	2.825	1.686	3.797	2.868	1.725	2.581	2.153	2.825	2.825	2.825	2.825
36	Interventi sulla retina	C 2	2.717	2.843	2.071	3.821	3.127	1.925	2.905	3.614	3.127	2.843	2.843	2.843
37	Interventi sull'orbita	C 2	3.168	3.365	2.444	4.523	3.702	2.433	3.392	5.156	3.702	3.365	3.365	3.365
38	Interventi primari sull'iride	C 2	1.841	1.957	1.195	2.630	1.987	1.106	2.108	3.606	2.153	1.957	1.957	1.957
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C 2	1.106	1.877	827	2.523	1.756	1.033	1.302	1.059	1.106	1.877	1.877	1.877
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta' > 17	C 2	1.136	1.454	1.187	1.955	1.428	1.184	1.144	2.331	1.309	1.454	1.454	1.454
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta' < 18	C 2	1.055	1.328	791	1.785	1.304	1.095	1.250	1.080	1.195	1.328	1.328	1.328

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	2	1.861	2.443	1.463	3.283	2.090	1.799	1.959	3.411	2.199	2.443	2.443
43	Ifema	M	2	1.038	1.166	1.198	1.567	1.183	1.195	1.173	2.207	1.282	1.166	1.166
44	Infezioni acute maggiori dell'occhio	M	2	2.185	2.386	1.985	3.207	2.422	1.780	2.343	2.923	2.624	2.386	2.386
45	Malattie neurologiche dell'occhio	M	2	1.819	2.242	1.752	3.013	2.466	1.848	2.119	2.522	2.466	2.242	2.242
46	Altre malattie dell'occhio, eta' > 17 con cc	M	2	1.943	2.491	2.258	3.349	2.741	2.227	2.563	3.054	2.491	2.491	2.491
47	Altre malattie dell'occhio, eta' > 17 senza cc	M	2	1.244	1.885	1.374	2.534	1.913	1.283	1.808	2.196	1.885	1.885	1.885
48	Altre malattie dell'occhio, eta' < 18	M	2	1.189	1.638	1.336	2.201	1.663	1.259	1.815	1.845	1.802	1.638	1.638
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	C	3	8.060	6.960	4.972	9.353	8.421	8.230	6.954	6.278	8.700	7.656	6.960
50	Sialoadenectomia	C	3	2.639	2.702	2.206	3.630	2.972	2.035	2.623	4.716	2.972	2.702	2.702
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	C	3	2.173	2.368	1.782	3.183	2.605	1.937	2.199	2.808	2.605	2.368	2.368
52	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	C	3	2.374	2.382	2.370	3.202	2.620	2.332	2.337	2.700	2.620	2.382	2.382
53	Interventi su seni e mastoide, eta' > 17	C	3	2.231	2.236	2.181	3.005	2.460	2.147	2.296	4.393	2.460	2.236	2.236
54	Interventi su seni e mastoide, eta' < 18	C	3	2.085	2.091	2.107	2.810	2.300	2.075	2.406	1.713	2.300	2.091	2.091
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	3	1.523	1.998	1.340	2.686	1.330	1.648	1.788	3.026	1.798	1.998	1.998
56	Rinoplastica	C	3	1.584	1.760	1.804	2.367	1.936	1.830	1.760	3.426	1.936	1.760	1.760
57	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia eta' > 17	C	3	1.433	1.482	2.160	1.992	1.630	2.625	1.510	2.916	1.630	1.482	1.482
58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia eta' < 18	C	3	1.362	1.402	956	1.883	1.423	970	1.466	973	1.542	1.402	1.402
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' > 17	C	3	999	1.019	1.200	1.370	1.035	1.268	772	2.346	1.121	1.019	1.019
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' < 18	C	3	648	675	782	907	685	788	601	1.127	743	675	675
61	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' > 17	C	3	1.922	2.362	2.199	3.174	2.598	2.556	2.085	4.817	2.598	2.362	2.362
62	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' < 18	C	3	1.354	1.350	925	1.815	1.371	967	1.309	1.049	1.485	1.350	1.350
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	3	3.169	3.252	3.052	4.370	3.577	3.094	3.249	5.949	3.577	3.252	3.252
64	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	M	3	3.131	3.520	3.521	4.731	4.259	3.276	2.738	3.895	3.872	3.520	3.520
65	Alterazioni dell'equilibrio	M	3	1.147	1.919	953	2.579	1.319	1.174	1.812	1.468	1.727	1.919	1.919
66	Epistassi	M	3	1.371	1.609	1.454	2.162	1.633	1.507	1.508	2.228	1.770	1.609	1.609
67	Epiglottidite	M	3	1.567	1.793	2.465	2.409	1.972	2.500	1.407	2.673	1.972	1.793	1.793
68	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta' > 17 con cc	M	3	2.167	2.513	2.362	3.377	2.764	2.227	2.515	2.153	2.513	2.513	2.513
69	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta' > 17 senza cc	M	3	1.379	1.795	1.488	2.412	1.823	1.543	1.623	1.518	1.795	1.795	1.795
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta' < 18	M	3	782	1.362	1.793	1.831	1.499	1.818	1.557	1.226	1.499	1.362	1.362
71	Laringotracheite	M	3	1.394	1.671	2.018	2.246	1.838	2.274	1.468	2.378	1.838	1.671	1.671
72	Traumatismi e deformita' del naso	M	3	1.552	1.973	1.711	2.651	2.003	1.803	1.614	1.497	2.170	1.973	1.973
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta' > 17	M	3	1.546	2.142	2.202	2.877	2.356	2.232	1.759	2.535	2.142	2.142	2.142
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta' < 18	M	3	1.055	1.379	1.036	1.852	1.400	1.074	1.640	997	1.517	1.379	1.379
75	Interventi maggiori sul torace	C	4	8.710	7.334	11.954	9.855	8.874	9.840	9.474	10.473	9.167	8.067	7.334
76	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con cc	C	4	8.052	6.945	4.763	9.333	7.640	7.113	8.753	9.544	8.682	7.640	6.945
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza cc	C	4	2.562	2.681	3.166	3.604	2.949	3.029	3.021	4.962	2.949	2.681	2.681
78	Embolia polmonare	M	4	4.036	4.297	4.199	5.774	4.727	4.258	4.271	5.845	5.156	4.297	4.297
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' > 17 con cc	M	4	7.568	6.673	3.429	8.969	7.340	5.403	5.332	6.882	7.340	7.340	6.673
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' > 17 senza cc	M	4	4.191	4.867	2.982	6.540	5.353	2.968	5.170	4.812	5.353	4.867	4.867
81	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' < 18	M	4	3.797	4.319	3.713	5.804	4.750	3.323	4.912	5.399	5.182	4.319	4.319

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M 4	3.324	3.812	3.748	5.123	4.612	3.801	4.942	3.995	4.193	3.812	3.812	3.812
83	Traumi maggiori del torace, con cc	M 4	2.270	2.418	2.272	3.250	2.660	2.816	2.672	3.242	2.660	2.418	2.418	2.418
84	Traumi maggiori del torace, senza cc	M 4	1.305	1.470	1.423	1.976	1.493	1.419	1.305	2.090	1.617	1.470	1.470	1.470
85	Versamento pleurico, con cc	M 4	4.056	4.371	2.464	5.873	4.808	3.694	4.053	4.211	5.245	4.371	4.371	4.371
86	Versamento pleurico, senza cc	M 4	3.364	3.843	2.081	5.166	4.227	2.071	3.569	3.128	4.227	3.843	3.843	3.843
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M 4	2.986	3.163	3.483	4.251	3.480	4.035	2.931	4.189	3.480	3.163	3.163	3.163
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M 4	2.523	2.885	2.908	3.878	3.174	2.734	2.057	3.026	2.885	2.885	2.885	2.885
89	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 con cc	M 4	3.500	3.969	3.025	5.334	4.366	3.490	4.031	4.002	4.366	3.969	3.969	3.969
90	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 senza cc	M 4	2.266	2.648	2.266	3.559	2.913	2.020	2.861	2.570	2.648	2.648	2.648	2.648
91	Polmonite semplice e pleurite, eta' < 18	M 4	1.806	1.948	2.431	2.618	2.142	2.304	2.450	2.216	2.142	1.948	1.948	1.948
92	Malattia polmonare interstiziale, con cc	M 4	4.473	4.700	3.539	6.315	5.170	3.695	4.147	5.574	5.640	4.700	4.700	4.700
93	Malattia polmonare interstiziale, senza cc	M 4	2.754	3.124	2.327	4.198	3.436	2.383	2.900	2.888	3.436	3.124	3.124	3.124
94	Pneumotorace, con cc	M 4	4.027	4.290	3.340	5.766	4.719	3.942	3.812	4.127	5.148	4.290	4.290	4.290
95	Pneumotorace, senza cc	M 4	2.116	2.255	1.852	3.031	2.481	1.843	2.622	2.382	2.481	2.255	2.255	2.255
96	Bronchite e asma, eta' > 17 con cc	M 4	2.084	2.374	2.504	3.191	2.612	2.780	2.547	2.860	2.374	2.374	2.374	2.374
97	Bronchite e asma, eta' > 17 senza cc	M 4	1.497	1.864	1.866	2.504	2.050	1.837	2.019	1.881	1.864	1.864	1.864	1.864
98	Bronchite e asma, eta' < 18	M 4	1.268	1.538	2.610	2.066	1.692	2.648	1.627	1.420	1.692	1.538	1.538	1.538
99	Segni e sintomi respiratori, con cc	M 4	2.213	2.576	2.674	3.461	2.833	2.353	2.975	2.772	2.576	2.576	2.576	2.576
100	Segni e sintomi respiratori, senza cc	M 4	1.406	1.911	1.521	2.567	1.940	1.558	2.153	1.756	1.911	1.911	1.911	1.911
101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, con cc	M 4	2.637	2.996	3.037	4.026	3.296	2.819	3.066	3.020	2.996	2.996	2.996	2.996
102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, senza cc	M 4	1.428	1.799	1.684	2.418	1.826	1.674	1.888	1.946	1.799	1.799	1.799	1.799
103	Trapianto cardiaco	C pre	61.067	49.967	43.216	67.151	54.964	66.141	58.140	72.001	62.459	60.105	49.967	60.105
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	C 5	21.522	21.723	22.336	24.630	22.278	25.093	19.910	30.342	21.523	20.160	18.327	18.327
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	C 5	17.316	16.334	16.795	20.822	17.694	19.008	18.237	25.283	17.316	17.043	15.494	15.494
106	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	C 5	21.832	16.888	17.365	25.061	18.967	21.215	16.871	26.464	21.832	17.160	18.419	19.339
107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	C 5	17.434	15.855	16.303	20.964	17.807	18.447	14.897	21.309	17.434	14.203	16.183	15.600
108	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	C 5	12.698	11.362	16.920	15.271	12.498	19.008	13.154	19.680	14.203	12.498	11.362	11.362
109	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	C 5	14.430	11.866	12.599	17.351	13.327	15.268	13.708	16.805	14.430	13.674	12.911	12.911
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	C 5	12.017	10.193	13.686	13.698	11.212	13.214	13.920	13.912	12.741	11.212	10.193	10.193
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc	C 5	7.327	6.249	8.146	8.399	6.874	7.438	9.129	9.073	7.811	6.874	6.249	6.249
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	C 5	11.144	9.450	9.023	12.700	10.395	11.175	11.691	10.620	11.813	10.395	9.450	9.450
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	C 5	7.293	6.443	4.809	8.659	7.088	7.619	8.460	6.405	8.054	7.088	6.443	6.443
115	Impianto pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	C 5	12.395	11.114	12.421	14.219	11.638	12.512	12.359	8.655	11.824	11.638	10.580	10.580
116	Altri interventi per impianto di pacemaker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico (aica) o di generatore di impulsi	C 5	8.189	7.576	8.212	9.329	7.636	8.209	8.604	7.898	7.053	7.636	6.942	6.942
117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	C 5	4.331	4.872	3.588	6.548	5.359	3.784	4.896	4.749	5.847	4.872	4.872	4.872
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C 5	6.734	6.456	4.502	8.676	7.101	4.894	7.251	4.063	7.747	6.456	6.456	6.456
119	Legatura e stripping di vene	C 5	1.447	1.899	1.500	2.552	1.715	1.800	1.540	2.739	1.709	1.899	1.899	1.899
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	C 5	7.349	6.626	6.328	8.904	7.289	6.143	8.099	7.053	8.283	7.289	6.626	6.626
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	M 5	4.603	4.219	5.770	6.564	5.372	5.775	5.304	5.363	4.217	4.884	4.884	4.884

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA	
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	M	5	3.745	3.020	3.914	5.227	4.278	4.599	3.570	4.454	4.667	3.889	3.889	3.889
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	M	5	3.529	3.511	4.908	4.718	3.862	4.561	2.864	3.342	3.862	3.511	3.511	3.511
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	M	5	3.353	3.621	4.523	4.867	3.984	3.504	2.973	3.468	3.984	3.621	3.621	3.621
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	5	1.669	1.737	2.220	2.334	1.911	2.208	2.439	2.502	1.911	1.737	1.737	1.737
126	Endocardite acuta e subacuta	M	5	8.973	8.358	9.792	11.232	9.194	9.884	5.196	11.261	10.448	9.194	8.358	8.358
127	Insufficienza cardiaca e shock	M	5	2.978	3.092	3.119	4.155	3.401	3.092	2.958	3.231	3.401	3.092	3.092	3.092
128	Tromboflebite delle vene profonde	M	5	2.558	2.630	2.374	3.534	2.893	2.429	3.057	3.763	2.893	2.630	2.630	2.630
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	M	5	3.970	4.041	3.867	5.430	4.445	3.807	3.602	4.461	4.849	4.041	4.041	4.041
130	Malattie vascolari periferiche, con cc	M	5	3.080	3.525	1.823	4.738	3.877	2.672	3.480	3.813	3.525	3.525	3.525	3.525
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	M	5	1.298	2.443	1.241	3.283	1.593	1.533	2.232	2.293	2.199	2.443	2.443	2.443
132	Aterosclerosi, con cc	M	5	2.616	3.031	1.297	4.073	3.334	2.228	2.962	2.359	3.031	3.031	3.031	3.031
133	Aterosclerosi, senza cc	M	5	1.144	2.182	947	2.933	1.663	1.171	2.459	1.560	1.963	2.182	2.182	2.182
134	Ipertensione	M	5	1.024	2.016	1.007	2.708	1.326	1.310	1.749	1.685	1.814	2.016	2.016	2.016
135	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 con cc	M	5	2.890	3.042	2.538	4.089	3.347	2.662	2.772	3.031	3.347	3.042	3.042	3.042
136	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 senza cc	M	5	1.811	2.084	1.764	2.803	2.116	1.625	2.105	2.163	2.293	2.084	2.084	2.084
137	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` < 18	M	5	2.642	3.201	1.987	4.301	3.521	1.979	3.298	1.583	3.521	3.201	3.201	3.201
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	M	5	2.917	3.232	2.544	4.344	3.555	2.527	2.781	2.241	3.555	3.232	3.232	3.232
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	M	5	1.553	1.894	1.680	2.547	1.923	1.564	2.083	1.612	2.084	1.894	1.894	1.894
140	Angina pectoris	M	5	2.029	2.179	2.082	2.929	2.397	1.919	2.606	1.983	2.397	2.179	2.179	2.179
141	Sincope e collasso, con cc	M	5	2.186	2.417	1.390	3.248	2.658	2.054	2.311	2.320	2.658	2.417	2.417	2.417
142	Sincope e collasso, senza cc	M	5	1.081	1.804	1.049	2.424	1.295	1.277	1.750	1.469	1.624	1.804	1.804	1.804
143	Dolore toracico	M	5	1.508	2.245	1.683	3.016	2.279	1.593	1.879	1.337	2.245	2.245	2.245	2.245
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc	M	5	3.374	3.944	3.100	5.301	4.339	3.318	3.457	3.866	4.339	3.944	3.944	3.944
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc	M	5	1.950	2.685	2.090	3.608	2.954	1.944	2.494	2.226	2.685	2.685	2.685	2.685
146	Resezione rettale, con cc	C	6	9.851	8.355	9.974	11.229	10.110	9.880	10.246	12.016	10.444	9.191	8.355	8.355
147	Resezione rettale, senza cc	C	6	6.567	5.836	5.689	7.843	7.062	6.901	7.252	8.715	7.003	5.836	5.836	5.836
148	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc	C	6	10.397	8.789	12.912	11.811	9.667	10.393	10.781	12.388	10.986	9.667	8.789	8.789
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc	C	6	5.792	5.138	4.638	6.903	5.651	6.075	5.172	6.989	6.165	5.138	5.138	5.138
150	Lisi di aderenze peritoneali, con cc	C	6	6.326	5.545	6.724	7.452	6.100	7.562	7.053	10.423	6.654	5.545	5.545	5.545
151	Lisi di aderenze peritoneali, senza cc	C	6	3.000	2.978	3.582	4.003	3.276	3.526	3.154	5.889	3.276	2.978	2.978	2.978
152	Interventi minori su intestino crasso e tenue, con cc	C	6	5.870	4.980	7.293	6.692	5.478	5.889	5.115	6.928	5.976	4.980	4.980	4.980
153	Interventi minori su intestino crasso e tenue, senza cc	C	6	3.380	3.492	3.299	4.692	3.841	4.129	3.711	5.165	3.841	3.492	3.492	3.492
154	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` > 17 con cc	C	6	11.939	10.163	13.124	13.658	11.179	13.106	12.340	15.858	12.704	11.179	10.163	10.163
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` > 17 senza cc	C	6	5.444	4.892	4.760	6.574	5.381	5.785	5.402	7.802	5.870	4.892	4.892	4.892
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` < 18	C	6	5.826	4.693	2.641	6.307	5.162	5.549	4.571	2.995	5.631	4.693	4.693	4.693
157	Interventi su ano e stoma, con cc	C	6	3.436	3.454	2.721	4.642	3.799	2.728	3.518	4.121	3.799	3.454	3.454	3.454
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	C	6	1.348	1.769	1.169	2.378	928	1.460	1.359	2.330	1.592	1.769	1.769	1.769
159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 con cc	C	6	5.529	4.900	3.174	6.584	5.390	3.154	5.062	6.332	5.880	4.900	4.900	4.900
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	C	6	1.822	2.391	1.467	3.213	2.182	1.859	2.407	3.790	2.152	2.391	2.391	2.391
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 con cc	C	6	2.807	2.858	2.410	3.840	3.143	2.427	2.910	4.569	3.143	2.858	2.858	2.858
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	C	6	1.410	1.851	1.093	2.488	1.637	1.465	1.193	2.498	1.666	1.851	1.851	1.851
163	Interventi per ernia, eta` < 18	C	6	1.064	1.325	1.031	1.781	1.301	1.373	1.158	2.333	1.193	1.325	1.325	1.325

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA	
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, con cc	C	6	4.351	4.307	5.719	5.787	4.737	6.411	4.346	6.523	5.168	4.307	4.307	4.307
165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza cc	C	6	2.269	2.240	2.912	3.010	2.464	3.584	2.242	4.419	2.464	2.240	2.240	2.240
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, con cc	C	6	3.156	3.112	3.666	4.183	3.423	3.932	3.144	5.237	3.423	3.112	3.112	3.112
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	C	6	1.611	1.631	2.055	2.192	1.794	2.224	1.524	3.349	1.794	1.631	1.631	1.631
168	Interventi sulla bocca, con cc	C	6	3.240	3.637	4.124	4.886	4.001	3.056	3.420	4.618	4.001	3.637	3.637	3.637
169	Interventi sulla bocca, senza cc	C	6	2.116	2.492	1.643	3.350	2.531	1.786	2.418	2.957	2.742	2.492	2.492	2.492
170	Altri interventi sull'apparato digerente, con cc	C	6	8.181	7.075	6.614	9.509	7.783	8.104	8.792	11.134	8.844	7.783	7.075	7.075
171	Altri interventi sull'apparato digerente, senza cc	C	6	3.795	3.925	3.448	5.276	4.318	3.363	4.231	5.356	4.710	3.925	3.925	3.925
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con cc	M	6	3.613	3.944	3.737	5.301	4.772	3.855	3.771	4.753	4.733	3.944	3.944	3.944
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, senza cc	M	6	2.914	3.647	2.126	4.900	4.413	1.958	3.281	2.919	4.011	3.647	3.647	3.647
174	Emorragia gastrointestinale, con cc	M	6	3.454	3.612	2.410	4.854	3.973	3.022	3.234	3.539	3.973	3.612	3.612	3.612
175	Emorragia gastrointestinale, senza cc	M	6	1.965	2.145	1.794	2.884	2.178	1.699	2.141	2.360	2.360	2.145	2.145	2.145
176	Ulcera peptica complicata	M	6	2.695	2.941	3.023	3.952	3.235	3.065	2.913	2.760	3.235	2.941	2.941	2.941
177	Ulcera peptica non complicata, con cc	M	6	2.824	2.921	2.110	3.926	3.213	2.447	2.967	3.216	3.213	2.921	2.921	2.921
178	Ulcera peptica non complicata, senza cc	M	6	1.795	1.989	1.724	2.674	2.019	1.765	2.074	2.486	2.188	1.989	1.989	1.989
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	M	6	2.922	3.264	3.231	4.387	3.590	3.277	3.123	4.077	3.590	3.264	3.264	3.264
180	Occlusione gastrointestinale, con cc	M	6	2.704	2.769	2.480	3.721	3.046	2.753	2.691	3.167	3.046	2.769	2.769	2.769
181	Occlusione gastrointestinale, senza cc	M	6	1.613	1.793	1.631	2.409	1.820	1.545	1.780	1.890	1.972	1.793	1.793	1.793
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' >17 con cc	M	6	2.088	2.492	1.404	3.350	2.742	2.233	2.487	2.680	2.492	2.492	2.492	2.492
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' >17 senza cc	M	6	1.142	1.742	993	2.341	1.135	1.348	1.468	1.405	1.568	1.742	1.742	1.742
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' < 18	M	6	953	1.262	1.056	1.696	1.068	1.595	1.219	928	1.136	1.262	1.262	1.262
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, eta' >17	M	3	1.368	1.953	2.436	2.625	2.148	2.330	1.824	2.659	1.953	1.953	1.953	1.953
186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, eta' < 18	M	3	1.143	1.595	1.366	2.144	1.619	1.288	1.696	1.818	1.754	1.595	1.595	1.595
187	Estrazioni e riparazioni dentali	M	3	843	1.656	978	2.226	1.627	863	1.317	1.700	1.491	1.656	1.656	1.656
188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta' > 17 con cc	M	6	2.697	3.315	2.469	4.455	3.646	3.077	3.115	3.473	3.315	3.315	3.315	3.315
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta' > 17 senza cc	M	6	1.338	1.845	1.430	2.478	1.873	1.482	1.580	1.827	1.845	1.845	1.845	1.845
190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta' < 18	M	6	1.179	1.634	2.049	2.195	1.797	2.017	1.511	1.405	1.797	1.634	1.634	1.634
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc	C	7	13.887	11.812	17.878	15.875	12.993	14.454	14.135	15.796	14.765	12.993	11.812	11.812
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza cc	C	7	8.499	7.304	6.081	9.816	8.035	8.637	8.943	8.460	9.130	8.035	7.304	7.304
193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con cc	C	7	10.254	8.773	10.374	11.790	9.650	10.374	10.930	12.888	10.966	9.650	8.773	8.773
194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc	C	7	7.472	6.554	5.321	8.809	7.209	7.750	8.136	8.637	8.192	7.209	6.554	6.554
195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, con cc	C	7	8.131	6.938	7.889	9.324	7.632	8.204	8.359	10.978	8.673	7.632	6.938	6.938
196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	C	7	4.396	4.529	4.355	6.087	4.982	5.355	4.766	5.731	5.435	4.529	4.529	4.529
197	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, con cc	C	7	5.709	5.059	5.334	6.799	5.565	5.982	4.963	10.923	6.070	5.059	5.059	5.059
198	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	C	7	2.760	2.811	2.852	3.778	3.092	3.324	2.721	6.590	3.092	2.811	2.811	2.811
199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	C	7	7.648	6.589	8.044	8.856	7.973	6.936	8.204	8.918	8.237	7.248	6.589	6.589
200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	C	7	7.131	6.231	9.362	8.373	6.854	8.072	7.501	11.316	7.789	6.854	6.231	6.231
201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	C	7	9.044	8.524	8.679	11.454	9.376	10.079	10.188	13.512	10.655	9.376	8.524	8.524

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
202	Cirrosi e epatite alcolica	M 7	3.398	4.094	3.604	5.502	4.504	3.856	3.158	3.899	4.504	4.094	4.094	4.094
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M 7	3.067	3.519	3.735	4.729	4.258	3.607	3.344	3.861	3.870	3.519	3.519	3.519
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M 7	2.730	3.295	3.462	4.429	3.625	3.311	3.242	3.758	3.295	3.295	3.295	3.295
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, con cc	M 7	3.075	3.769	2.579	5.064	4.146	3.634	3.415	4.098	3.769	3.769	3.769	3.769
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc	M 7	1.712	2.392	2.008	3.213	2.631	1.887	2.285	2.556	2.392	2.392	2.392	2.392
207	Malattie delle vie biliari, con cc	M 7	2.920	3.426	1.632	4.604	3.768	2.878	3.223	3.692	3.426	3.426	3.426	3.426
208	Malattie delle vie biliari, senza cc	M 7	1.160	2.238	1.122	3.006	1.349	1.370	1.772	1.878	2.014	2.238	2.238	2.238
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	C 8	9.409	7.980	8.063	10.724	8.778	10.079	9.324	9.492	9.975	8.778	7.980	7.980
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' >17 con cc	C 8	8.992	7.582	6.521	10.190	8.340	9.140	9.281	8.693	9.478	8.340	7.582	7.582
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' >17 senza cc	C 8	4.266	4.265	4.128	5.732	4.691	5.141	5.265	6.761	5.118	4.265	4.265	4.265
212	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, eta' < 18	C 8	6.101	5.477	3.594	7.360	6.024	6.602	6.732	3.008	6.572	5.477	5.477	5.477
213	Amputazioni per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	C 8	6.082	5.854	5.485	7.866	6.439	7.056	7.650	6.914	7.024	5.854	5.854	5.854
216	Biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	C 8	3.835	4.705	5.975	6.322	5.175	6.180	4.728	8.243	5.646	4.705	4.705	4.705
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	C 8	9.347	8.149	7.653	10.951	8.964	10.098	3.353	6.274	10.186	8.964	8.149	8.149
218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' >17 con cc	C 8	6.502	5.650	5.874	7.592	6.214	4.463	6.941	8.541	6.779	5.650	5.650	5.650
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' >17 senza cc	C 8	2.738	2.768	3.229	3.720	3.044	2.709	3.395	5.440	3.044	2.768	2.768	2.768
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' < 18	C 8	2.501	2.551	2.910	3.429	2.806	2.838	2.826	3.187	2.806	2.551	2.551	2.551
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc	C 8	2.345	2.392	2.445	3.213	2.631	2.566	2.505	3.300	2.631	2.392	2.392	2.392
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	C 8	1.944	2.041	2.206	2.743	2.245	2.072	2.132	3.048	2.245	2.041	2.041	2.041
225	Interventi sul piede	C 8	2.190	2.276	2.367	3.057	2.503	2.484	2.273	3.240	2.503	2.276	2.276	2.276
226	Interventi sui tessuti molli con cc	C 8	4.466	4.575	5.813	6.149	5.033	4.166	4.570	5.657	5.490	4.575	4.575	4.575
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	C 8	1.812	1.950	1.759	2.620	2.145	2.047	2.010	2.917	2.145	1.950	1.950	1.950
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc	C 8	2.067	2.179	2.208	2.929	2.397	2.408	2.195	3.879	2.397	2.179	2.179	2.179
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	C 8	1.420	1.531	1.538	2.057	1.554	1.675	1.645	2.859	1.684	1.531	1.531	1.531
230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	C 8	2.300	2.309	2.766	3.102	2.539	2.776	2.397	4.271	2.539	2.309	2.309	2.309
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	C 8	2.220	2.328	2.586	3.129	2.560	3.340	1.610	3.754	2.560	2.328	2.328	2.328
232	Artroscopia	C 8	1.506	1.976	1.315	2.654	2.005	1.556	1.590	2.899	1.778	1.976	1.976	1.976
233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con cc	C 8	8.330	6.980	6.567	9.381	7.678	5.844	8.645	7.450	8.726	7.678	6.980	6.980
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	C 8	3.083	3.307	2.694	4.444	3.638	2.709	2.745	4.379	3.638	3.307	3.307	3.307
235	Fratture del femore	M 8	3.145	3.875	3.166	5.207	4.263	3.150	3.215	1.792	4.263	3.875	3.875	3.875
236	Fratture dell'anca e della pelvi	M 8	3.314	3.894	3.025	5.233	4.284	2.508	3.191	1.833	4.283	3.894	3.894	3.894
237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	M 8	1.816	2.034	1.703	2.734	2.065	1.696	2.015	1.894	2.238	2.034	2.034	2.034
238	Osteomielite	M 8	3.743	4.295	4.789	5.772	4.724	4.580	4.158	5.548	5.154	4.295	4.295	4.295
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	M 8	2.971	3.350	3.902	4.503	4.053	3.091	3.231	3.939	3.685	3.350	3.350	3.350
240	Malattie del tessuto connettivo, con cc	M 8	4.458	4.725	2.876	6.351	5.198	3.539	4.343	5.796	5.670	4.725	4.725	4.725
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	M 8	2.557	3.019	1.972	4.057	3.065	1.784	2.927	3.380	3.321	3.019	3.019	3.019

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
242	Artrite settica	M 8	3.574	4.034	3.680	5.421	4.437	3.661	3.547	3.896	4.841	4.034	4.034	4.034
243	Affezioni mediche del dorso	M 8	1.247	2.176	1.379	2.925	1.546	1.276	2.134	1.564	1.958	2.176	2.176	2.176
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, con cc	M 8	2.555	2.970	2.147	3.992	3.267	2.158	3.146	2.591	2.970	2.970	2.970	2.970
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	M 8	1.616	2.109	1.564	2.834	2.141	1.437	2.281	1.850	2.109	2.109	2.109	2.109
246	Artropatie non specifiche	M 8	1.966	2.239	1.770	3.010	2.273	1.761	2.387	2.103	2.463	2.239	2.239	2.239
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M 8	1.247	1.916	1.762	2.575	1.945	1.753	2.046	1.673	1.916	1.916	1.916	1.916
248	Tendinite, miosite e borsite	M 8	1.518	1.978	2.093	2.658	2.176	2.003	2.194	2.679	2.176	1.978	1.978	1.978
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M 8	988	1.471	2.160	1.976	1.618	2.067	1.790	1.545	1.471	1.471	1.471	1.471
250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta' >17 con cc	M 8	1.919	2.163	2.376	2.907	2.380	2.091	2.028	1.793	2.380	2.163	2.163	2.163
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta' >17 senza cc	M 8	986	1.489	1.308	2.001	1.512	1.356	1.375	1.154	1.638	1.489	1.489	1.489
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta' <18	M 8	667	1.050	1.057	1.413	1.067	1.053	1.291	1.029	1.156	1.050	1.050	1.050
253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta' >17 con cc	M 8	2.178	2.392	2.457	3.213	2.631	2.307	2.456	1.804	2.631	2.392	2.392	2.392
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta' >17 senza cc	M 8	1.045	1.426	1.259	1.917	1.448	1.305	1.413	1.211	1.569	1.426	1.426	1.426
255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta' < 18	M 8	924	1.406	1.402	1.890	1.428	1.397	1.590	1.232	1.547	1.406	1.406	1.406
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M 8	1.140	1.736	2.017	2.333	1.910	1.528	1.854	1.803	1.736	1.736	1.736	1.736
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne, con cc	C 9	4.359	4.391	5.132	5.900	5.313	2.950	4.942	4.173	5.269	4.391	4.391	4.391
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne, senza cc	C 9	2.781	2.839	3.861	3.815	3.435	2.307	2.955	3.842	3.123	2.839	2.839	2.839
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, con cc	C 9	4.186	4.308	4.918	5.791	5.213	2.891	4.296	3.993	5.170	4.308	4.308	4.308
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza cc	C 9	2.279	2.381	3.129	3.200	2.881	1.865	2.492	3.265	2.620	2.381	2.381	2.381
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C 9	2.288	2.518	2.101	3.385	2.770	2.238	2.410	3.913	2.770	2.518	2.518	2.518
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C 9	1.214	1.593	864	2.141	1.219	1.243	1.143	2.274	1.434	1.593	1.593	1.593
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con cc	C 9	8.173	6.966	8.392	9.362	7.663	7.538	8.818	7.317	8.708	7.663	6.966	6.966
264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza cc	C 9	3.908	4.108	3.818	5.521	4.519	3.908	4.988	3.941	4.929	4.108	4.108	4.108
265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con cc	C 9	4.644	4.818	3.753	6.476	5.300	4.301	4.623	5.368	5.782	4.818	4.818	4.818
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	C 9	2.227	2.676	1.429	3.596	2.944	2.174	1.939	3.084	2.944	2.676	2.676	2.676
267	Interventi perianali e pilonidali	C 9	1.524	2.000	1.339	2.688	1.311	1.560	1.572	2.892	1.800	2.000	2.000	2.000
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C 9	1.824	2.135	2.199	2.869	2.349	2.231	2.198	4.400	2.349	2.135	2.135	2.135
269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con cc	C 9	3.962	4.126	2.376	5.546	4.539	4.126	4.648	6.307	4.952	4.126	4.126	4.126
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	C 9	1.337	1.754	985	2.358	1.514	1.320	1.276	2.873	1.578	1.754	1.754	1.754
271	Ulcere della pelle	M 9	4.196	4.373	3.607	5.877	4.811	3.694	4.596	4.803	5.248	4.373	4.373	4.373
272	Malattie maggiori della pelle con cc	M 9	3.527	3.764	2.615	5.058	4.140	3.233	3.298	3.918	4.140	3.764	3.764	3.764
273	Malattie maggiori della pelle senza cc	M 9	2.416	2.745	2.042	3.689	3.019	2.031	2.570	2.648	3.019	2.745	2.745	2.745
274	Neoplasie maligne della mammella con cc	M 9	3.922	4.521	3.288	6.076	5.470	3.571	3.836	4.580	5.425	4.521	4.521	4.521
275	Neoplasie maligne della mammella senza cc	M 9	2.067	3.008	1.977	4.043	3.639	1.838	2.813	2.364	3.309	3.008	3.008	3.008
276	Patologie non maligne della mammella	M 9	699	1.376	1.051	1.847	1.396	715	1.458	2.001	1.238	1.376	1.376	1.376
277	Cellulite eta' > 17 con cc	M 9	2.963	3.385	2.603	4.549	3.723	2.788	3.167	4.185	3.385	3.385	3.385	3.385
278	Cellulite eta' > 17 senza cc	M 9	1.551	2.006	1.843	2.696	2.207	1.833	2.064	2.631	2.006	2.006	2.006	2.006
279	Cellulite eta' < 18	M 9	1.300	1.532	2.188	2.059	1.686	2.219	1.671	1.945	1.686	1.532	1.532	1.532
280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta' >17 con cc	M 9	1.528	1.931	1.184	2.596	2.124	1.607	1.742	2.219	1.931	1.931	1.931	1.931

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta' > 17 senza cc	M	9	1.002	1.609	708	2.162	910	1.026	1.337	1.397	1.448	1.609	1.609	1.609
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta' < 18	M	9	1.204	1.464	577	1.967	795	1.025	1.359	1.178	1.317	1.464	1.464	1.464
283	Malattie minori della pelle con cc	M	9	1.466	2.886	1.128	3.878	1.808	1.501	2.787	2.299	2.597	2.886	2.886	2.886
284	Malattie minori della pelle senza cc	M	9	867	1.706	739	2.292	1.107	887	1.556	1.363	1.536	1.706	1.706	1.706
285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	C	10	11.233	9.656	9.470	12.977	10.621	11.418	11.601	7.576	12.070	10.621	9.656	9.656
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	10	7.300	7.019	8.063	9.432	7.721	8.300	4.488	9.649	8.773	7.721	7.019	7.019
287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	C	10	7.567	6.390	6.196	8.587	7.029	7.556	7.725	6.961	7.987	7.029	6.390	6.390
288	Interventi per obesita'	C	10	2.996	3.573	5.442	4.802	3.930	6.597	3.518	5.062	3.930	3.573	3.573	3.573
289	Interventi sulle paratiroidi	C	10	3.716	3.575	3.180	4.804	3.932	3.164	3.604	3.405	4.290	3.575	3.575	3.575
290	Interventi sulla tiroide	C	10	2.468	2.496	2.563	3.354	2.745	2.298	2.547	4.263	2.745	2.496	2.496	2.496
291	Interventi sul dotto tireoglossa	C	10	1.384	1.330	1.488	1.788	1.351	1.453	1.359	2.121	1.463	1.330	1.330	1.330
292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con cc	C	10	9.102	7.796	9.490	10.476	8.576	8.435	9.250	9.566	9.745	8.576	7.796	7.796
293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza cc	C	10	4.061	5.042	3.302	6.777	5.546	3.482	4.640	4.645	6.051	5.042	5.042	5.042
294	Diabete eta' > 35	M	10	1.313	2.584	1.296	3.473	1.980	1.615	1.975	2.110	2.326	2.584	2.584	2.584
295	Diabete eta' < 36	M	10	1.468	2.190	2.260	2.943	2.409	2.291	2.018	2.505	2.190	2.190	2.190	2.190
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta' > 17 con cc	M	10	3.108	3.313	2.425	4.453	3.644	2.904	3.213	3.049	3.644	3.313	3.313	3.313
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta' > 17 senza cc	M	10	2.210	2.559	1.635	3.438	2.598	1.627	2.490	2.065	2.814	2.559	2.559	2.559
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta' < 18	M	10	1.309	1.536	1.422	2.065	1.560	1.417	1.754	1.472	1.690	1.536	1.536	1.536
299	Difetti congeniti del metabolismo	M	10	2.506	2.807	2.023	3.773	3.088	2.590	2.536	1.927	3.088	2.807	2.807	2.807
300	Malattie endocrine, con cc	M	10	2.757	3.352	1.420	4.505	3.687	2.789	2.817	3.701	3.352	3.352	3.352	3.352
301	Malattie endocrine, senza cc	M	10	985	1.938	1.005	2.604	1.467	1.211	1.800	1.607	1.744	1.938	1.938	1.938
302	Trapianto renale	C	11	43.132	36.643	19.471	49.244	40.307	51.183	39.780	21.525	45.803	42.453	36.643	36.643
303	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia	C	11	8.429	7.222	11.025	9.706	8.739	8.588	5.775	10.270	9.028	7.944	7.222	7.222
304	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna con cc	C	11	7.634	6.608	5.142	8.880	7.268	7.813	8.282	8.453	8.259	7.268	6.608	6.608
305	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia, senza cc	C	11	4.588	4.856	3.480	6.526	5.342	5.743	3.775	5.297	5.827	4.856	4.856	4.856
306	Prostatectomia, con cc	C	11	4.414	4.482	3.958	6.024	4.930	3.933	4.668	4.620	5.378	4.482	4.482	4.482
307	Prostatectomia, senza cc	C	11	2.723	2.776	2.325	3.731	3.054	2.146	2.977	3.494	3.054	2.776	2.776	2.776
308	Interventi minori sulla vescica, con cc	C	11	5.943	5.283	3.742	7.100	5.812	4.417	6.266	6.010	6.340	5.283	5.283	5.283
309	Interventi minori sulla vescica, senza cc	C	11	3.229	3.412	2.132	4.586	3.753	2.248	3.708	4.864	3.753	3.412	3.412	3.412
310	Interventi per via transuretrale, con cc	C	11	3.618	3.632	3.038	4.880	4.394	2.740	3.735	3.908	4.358	3.632	3.632	3.632
311	Interventi per via transuretrale, senza cc	C	11	1.989	2.061	1.690	2.771	2.494	1.605	1.285	2.324	2.267	2.061	2.061	2.061
312	Interventi sull'uretra, eta' > 17 con cc	C	11	2.330	2.321	2.837	3.120	2.554	2.398	2.840	3.835	2.554	2.321	2.321	2.321
313	Interventi sull'uretra, eta' > 17 senza cc	C	11	1.996	2.114	1.453	2.841	2.146	1.440	2.819	2.687	2.325	2.114	2.114	2.114
314	Interventi sull'uretra, eta' < 18	C	11	2.228	2.378	1.306	3.197	2.415	1.302	2.731	1.759	2.616	2.378	2.378	2.378
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	C	11	5.895	5.781	4.022	7.769	6.359	6.042	7.192	6.498	6.937	5.781	5.781	5.781
316	Insufficienza renale	M	11	3.246	3.965	3.773	5.330	4.362	3.827	3.425	4.079	4.362	3.965	3.965	3.965
317	Ricovero per dialisi renale	M	11	1.767	2.468	1.529	3.318	2.506	1.506	2.443	2.181	2.715	2.468	2.468	2.468
318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con cc	M	11	3.354	3.637	3.067	4.888	4.401	3.470	3.662	4.277	4.001	3.637	3.637	3.637
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza cc	M	11	2.231	2.872	1.760	3.859	3.475	1.564	2.642	2.602	3.159	2.872	2.872	2.872
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta' > 17 con cc	M	11	2.440	2.791	2.531	3.751	3.070	2.910	2.805	3.021	2.791	2.791	2.791	2.791
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta' > 17 senza cc	M	11	1.805	2.200	1.883	2.957	2.420	1.929	2.135	2.255	2.200	2.200	2.200	2.200
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta' < 18	M	11	1.653	2.165	1.925	2.909	2.381	1.972	2.297	1.911	2.381	2.165	2.165	2.165

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	M	11	2.213	2.773	2.070	3.727	3.051	2.166	2.160	1.482	3.051	2.773	2.773
324	Calcolosi urinaria, senza cc	M	11	991	1.505	612	2.022	963	1.014	1.418	1.067	1.354	1.505	1.505
325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta' > 17 con cc	M	11	2.450	2.927	1.136	3.934	3.220	1.922	2.738	2.238	2.927	2.927	2.927
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta' > 17 senza cc	M	11	1.259	2.133	804	2.867	1.192	1.183	1.844	1.321	1.920	2.133	2.133
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta' < 18	M	11	1.322	1.788	2.059	2.405	1.967	2.088	1.936	1.315	1.967	1.788	1.788
328	Stenosi uretrale, eta' > 17 con cc	M	11	2.112	2.622	2.311	3.524	2.884	1.963	2.338	2.585	2.622	2.622	2.622
329	Stenosi uretrale, eta' > 17 senza cc	M	11	1.141	1.518	1.225	2.040	1.542	1.269	1.690	1.586	1.518	1.518	1.518
330	Stenosi uretrale, eta' < 18	M	11	997	1.284	843	1.727	1.304	840	2.381	1.133	1.412	1.284	1.284
331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta' > 17 con cc	M	11	2.725	3.299	2.566	4.432	3.628	3.013	3.277	3.494	3.299	3.299	3.299
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta' > 17 senza cc	M	11	1.657	2.146	1.659	2.884	2.179	1.650	2.177	2.282	2.146	2.146	2.146
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta' < 18	M	11	1.684	2.243	2.806	3.014	2.468	2.846	2.463	2.668	2.468	2.243	2.243
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con cc	C	12	6.162	5.444	5.378	7.317	5.988	6.438	5.260	6.449	6.533	5.444	5.444
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc	C	12	4.284	4.381	4.127	5.887	4.819	5.180	4.111	5.264	5.257	4.381	4.381
336	Prostatectomia transuretrale, con cc	C	12	3.410	3.459	3.200	4.649	3.805	2.686	3.935	3.677	3.805	3.459	3.459
337	Prostatectomia transuretrale senza cc	C	12	2.576	2.630	2.048	3.535	2.893	1.890	2.780	3.125	2.893	2.630	2.630
338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C	12	3.146	3.215	2.472	4.320	3.891	2.897	2.989	4.337	3.537	3.215	3.215
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta' > 17	C	12	1.560	1.587	1.935	2.134	1.746	2.247	1.683	2.751	1.746	1.587	1.587
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta' < 18	C	12	1.409	1.456	1.319	1.958	1.479	1.358	1.520	1.611	1.602	1.456	1.456
341	Interventi sul pene	C	12	2.958	3.158	2.335	4.245	3.474	2.987	2.933	3.957	3.474	3.158	3.158
342	Circoncisione eta' > 17	C	12	1.310	1.457	1.519	1.959	1.480	889	1.040	2.514	1.603	1.457	1.457
343	Circoncisione eta' < 18	C	12	867	906	1.079	1.216	920	593	757	561	996	906	906
344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	C	12	4.463	4.666	3.000	6.270	5.645	3.261	4.538	4.176	5.599	4.666	4.666
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	C	12	2.907	3.032	2.133	4.073	3.335	2.321	3.199	3.254	3.335	3.032	3.032
346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, con cc	M	12	3.831	4.076	2.985	5.478	4.932	3.057	3.688	3.669	4.892	4.076	4.076
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, senza cc	M	12	2.153	2.835	1.728	3.810	3.430	1.580	2.494	2.013	3.118	2.835	2.835
348	Ipertrofia prostatica benigna, con cc	M	12	2.495	2.716	1.995	3.650	2.987	2.103	2.440	2.302	2.987	2.716	2.716
349	Ipertrofia prostatica benigna, senza cc	M	12	1.775	2.144	1.177	2.881	2.177	1.219	1.967	1.366	2.359	2.144	2.144
350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	M	12	1.337	1.611	2.080	2.165	1.772	1.990	1.461	1.706	1.772	1.611	1.611
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	M	12	1.149	1.526	1.574	2.051	1.549	1.721	1.390	1.295	1.679	1.526	1.526
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	13	6.615	5.824	11.590	7.827	7.047	6.887	6.929	7.274	6.989	5.824	5.824
354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con cc	C	13	6.525	5.704	11.462	7.664	6.902	4.061	7.342	5.449	6.844	5.704	5.704
355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza cc	C	13	3.212	3.238	4.906	4.352	3.918	2.621	4.136	4.515	3.562	3.238	3.238
356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	C	13	2.685	2.741	2.807	3.684	3.015	2.169	3.353	3.381	3.015	2.741	2.741
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	C	13	7.198	6.129	9.391	8.238	7.416	7.476	7.359	7.827	7.662	6.129	6.129
358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con cc	C	13	3.493	3.551	5.128	4.773	3.906	3.284	4.372	5.522	3.906	3.551	3.551
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	C	13	2.465	2.550	2.719	3.427	2.805	2.406	3.136	4.366	2.805	2.550	2.550
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	C	13	1.785	1.943	1.154	2.611	2.137	2.381	2.303	2.231	2.137	1.943	1.943
361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	C	13	1.620	1.662	1.777	2.235	1.829	2.898	1.888	3.172	1.829	1.662	1.662
362	Occlusione endoscopica delle tube	C	13	1.003	1.046	1.779	1.405	1.062	1.500	1.265	1.073	1.150	1.046	1.046

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA	
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	C	13	2.288	2.403	1.499	3.229	2.907	1.929	2.752	1.588	2.643	2.403	2.403	2.403
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	13	1.123	1.470	875	1.975	814	1.177	1.217	1.498	1.323	1.470	1.470	1.470
365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	C	13	3.409	3.715	2.687	4.993	4.086	5.072	4.764	5.473	4.086	3.715	3.715	3.715
366	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, con cc	M	13	3.614	3.969	4.461	5.335	4.803	3.752	4.881	4.727	4.763	3.969	3.969	3.969
367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, senza cc	M	13	1.726	2.310	2.348	3.104	2.795	1.483	2.795	3.200	2.541	2.310	2.310	2.310
368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	M	13	1.481	1.852	1.512	2.489	2.037	2.617	2.259	1.858	2.037	1.852	1.852	1.852
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	13	895	1.372	918	1.844	1.393	1.579	1.694	1.216	1.372	1.372	1.372	1.372
370	Parto cesareo con cc	C	14	3.489	3.372	2.180	4.532	3.709	2.539	4.168	3.705	3.709	3.372	3.372	3.372
371	Parto cesareo senza cc	C	14	2.374	2.360	1.972	3.172	2.596	1.806	2.821	2.733	2.596	2.360	2.360	2.360
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	M	14	2.230	2.243	2.180	3.014	2.468	1.370	2.638	2.025	2.468	2.243	2.243	2.243
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	14	1.518	1.489	1.972	2.002	1.638	982	1.257	1.740	1.638	1.489	1.489	1.489
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	14	1.987	1.945	1.972	2.614	2.140	1.644	2.308	2.604	2.140	1.945	1.945	1.945
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	14	3.209	3.045	1.972	4.093	3.350	1.643	3.423	2.049	3.350	3.045	3.045	3.045
376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	M	14	1.196	1.282	966	1.725	1.302	1.060	1.701	1.399	1.411	1.282	1.282	1.282
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	C	14	1.967	2.393	2.382	3.217	2.633	2.490	2.710	6.009	2.633	2.393	2.393	2.393
378	Gravidanza ectopica	M	14	1.897	2.260	2.164	3.037	2.485	2.283	2.675	3.238	2.485	2.260	2.260	2.260
379	Minaccia di aborto	M	14	1.825	2.056	963	2.764	2.087	895	1.629	1.847	2.262	2.056	2.056	2.056
380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	14	725	1.100	1.173	1.479	1.117	1.018	1.457	1.312	1.210	1.100	1.100	1.100
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	14	1.060	1.349	1.179	1.814	1.370	1.284	839	1.186	1.484	1.349	1.349	1.349
382	Falso travaglio	M	14	440	439	441	590	446	441	459	697	483	439	439	439
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	M	14	1.274	1.557	929	2.091	1.580	1.218	1.912	1.665	1.712	1.557	1.557	1.557
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	M	14	1.061	1.413	884	1.898	1.435	834	1.753	1.228	1.554	1.413	1.413	1.413
385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	0	15	4.380	3.942	4.508	5.298	4.336	4.662	4.817	7.180	4.731	3.942	3.942	3.942
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	0	15	13.488	12.146	17.163	16.323	13.361	21.544	13.947	18.492	15.183	13.361	12.146	12.146
387	Prematurita' con affezioni maggiori	0	15	7.696	6.773	9.220	9.102	7.450	12.014	7.951	8.429	8.466	7.450	6.773	6.773
388	Prematurita' senza affezioni maggiori	0	15	2.728	3.757	3.541	5.050	4.133	4.443	5.568	4.564	4.133	3.757	3.757	3.757
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	0	15	2.576	1.814	3.098	2.439	1.996	4.222	2.536	3.488	1.996	1.814	1.814	1.814
390	Neonati con altre affezioni significative	0	15	1.183	1.296	2.163	1.741	1.425	3.365	1.619	938	1.425	1.296	1.296	1.296
391	Neonato normale	0	15	482	516	739	694	524	668	571	717	568	516	516	516
392	Splenectomia, eta' > 17	C	16	7.506	6.060	10.768	8.144	6.666	10.127	7.692	12.056	7.575	6.666	6.060	6.060
393	Splenectomia, eta' < 18	C	16	4.341	4.328	4.789	5.817	4.761	5.118	4.442	4.789	5.193	4.328	4.328	4.328
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	C	16	3.382	3.786	4.034	5.088	4.164	4.737	3.539	5.690	4.164	3.786	3.786	3.786
395	Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	M	16	2.021	3.394	1.590	4.561	2.737	2.386	2.466	2.608	3.054	3.394	3.394	3.394
396	Anomalie dei globuli rossi, eta' < 18	M	16	1.348	1.564	2.110	2.102	1.721	2.018	2.176	3.082	1.721	1.564	1.564	1.564
397	Disturbi della coagulazione	M	16	3.971	4.791	3.134	6.438	5.270	3.674	3.771	3.434	5.749	4.791	4.791	4.791
398	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario con cc	M	16	5.981	5.964	3.031	8.015	6.560	3.731	3.459	4.601	7.157	5.964	5.964	5.964
399	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc	M	16	2.202	2.910	2.089	3.912	3.201	2.079	2.612	2.356	3.201	2.910	2.910	2.910
400	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	C	17	10.074	9.300	8.964	12.498	11.253	10.997	11.071	8.375	11.625	10.230	9.300	9.300
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con cc	C	17	10.300	8.952	5.873	12.031	10.832	10.586	10.945	10.638	11.190	9.847	8.952	8.952
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc	C	17	3.435	3.760	2.573	5.053	4.550	4.446	3.907	5.173	4.136	3.760	3.760	3.760
403	Linfoma e leucemia non acuta con cc	M	17	8.070	7.245	3.853	9.737	8.767	8.568	4.078	6.876	9.057	7.970	7.245	7.245

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
404	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	M 17	2.851	3.589	2.575	4.823	4.343	4.244	3.286	3.706	3.948	3.589	3.589	3.589
405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, eta` < 18	M 17	6.728	7.454	3.866	10.018	9.019	8.815	5.406	9.888	8.945	7.454	7.454	7.454
406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con cc	C 17	10.469	10.445	6.447	14.038	12.639	12.352	12.779	10.650	13.057	11.490	10.445	10.445
407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza cc	C 17	5.528	5.026	3.722	6.755	6.082	5.943	5.040	5.781	6.031	5.026	5.026	5.026
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C 17	4.299	4.786	3.392	6.432	5.265	4.098	4.377	6.671	5.743	4.786	4.786	4.786
409	Radioterapia	M 17	3.074	2.846	3.940	3.825	3.130	2.933	3.672	4.345	3.130	2.846	2.846	2.846
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M 17	3.249	1.838	2.129	2.470	2.224	1.808	2.040	3.040	2.022	1.838	1.838	1.838
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	M 17	1.180	1.568	1.394	2.107	1.592	1.314	1.851	1.478	1.725	1.568	1.568	1.568
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	M 17	1.092	1.268	1.418	1.704	1.288	1.263	1.266	2.119	1.395	1.268	1.268	1.268
413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, con cc	M 17	5.753	5.391	2.717	7.244	6.523	4.115	4.081	4.795	6.469	5.391	5.391	5.391
414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, senza cc	M 17	2.869	3.511	2.127	4.718	4.249	2.116	3.297	3.037	3.863	3.511	3.511	3.511
415	Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	C 18	7.945	6.973	12.101	9.372	7.670	11.382	8.558	12.879	8.716	7.670	6.973	6.973
416	Setticemia, eta` > 17	M 18	5.608	5.013	4.588	6.738	5.514	4.698	4.463	5.134	6.015	5.013	5.013	5.013
417	Setticemia, eta` < 18	M 18	3.001	2.709	2.784	3.640	2.980	2.663	3.181	3.171	2.980	2.709	2.709	2.709
418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	M 18	2.628	2.776	3.002	3.731	3.054	2.872	2.366	4.917	3.054	2.776	2.776	2.776
419	Febbre di origine sconosciuta, eta` > 17 con cc	M 18	2.815	3.007	2.572	4.041	3.308	2.819	2.894	3.609	3.308	3.007	3.007	3.007
420	Febbre di origine sconosciuta, eta` > 17 senza cc	M 18	1.909	2.315	1.962	3.111	2.546	2.009	2.205	2.266	2.546	2.315	2.315	2.315
421	Malattie di origine virale, eta` > 17	M 18	2.074	2.202	2.075	2.959	2.422	2.042	2.038	2.741	2.422	2.202	2.202	2.202
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, eta` < 18	M 18	1.111	1.660	2.233	2.231	1.826	2.264	1.809	1.621	1.826	1.660	1.660	1.660
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	M 18	3.134	3.344	4.160	4.494	3.678	4.740	3.082	5.308	3.678	3.344	3.344	3.344
424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	C 19	8.676	7.460	7.248	10.025	8.206	7.139	4.080	8.721	9.325	8.206	7.460	7.460
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	M 19	1.822	2.127	2.124	2.858	2.339	2.090	2.159	1.726	2.339	2.127	2.127	2.127
426	Nevrosi depressive	M 19	1.215	2.142	1.348	2.877	1.654	1.195	2.247	1.415	1.928	2.142	2.142	2.142
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	M 19	992	1.885	1.213	2.534	1.913	976	2.375	1.338	1.697	1.885	1.885	1.885
428	Disturbi della personalita` e del controllo degli impulsi	M 19	2.232	2.363	2.948	3.177	2.599	2.286	2.615	3.299	2.599	2.363	2.363	2.363
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M 19	1.500	2.952	2.118	3.967	2.947	1.476	2.457	2.162	2.657	2.952	2.952	2.952
430	Psicosi	M 19	2.895	2.935	3.561	3.944	3.228	2.682	3.246	2.288	3.228	2.935	2.935	2.935
431	Disturbi mentali dell'infanzia	M 19	1.470	1.824	2.289	2.451	2.007	1.774	1.639	2.339	2.007	1.824	1.824	1.824
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	M 19	1.960	2.340	2.081	3.144	2.574	2.111	2.726	1.839	2.574	2.340	2.340	2.340
433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	M 20	724	1.104	1.055	1.483	1.121	1.052	1.148	596	1.215	1.104	1.104	1.104
439	Trapianti di pelle per traumatismo	C 21	3.590	3.828	3.761	5.145	4.211	3.598	3.905	6.877	4.594	3.828	3.828	3.828
440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	C 21	5.610	5.132	5.371	6.897	5.645	5.448	5.025	7.401	6.158	5.132	5.132	5.132
441	Interventi sulla mano per traumatismo	C 21	1.713	1.901	2.206	2.554	2.091	2.172	1.944	3.389	2.091	1.901	1.901	1.901
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con cc	C 21	7.699	6.878	6.750	9.243	7.565	8.133	8.499	16.792	8.597	7.565	6.878	6.878
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza cc	C 21	3.639	3.943	2.641	5.299	4.337	4.663	4.034	6.144	4.732	3.943	3.943	3.943

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA
444	Traumatismi, eta` > 17, con cc	M 21	2.389	2.496	2.609	3.354	2.745	2.358	2.599	2.893	2.745	2.496	2.496	2.496
445	Traumatismi, eta` > 17, senza cc	M 21	1.147	1.668	1.662	2.241	1.693	1.435	1.621	1.606	1.834	1.668	1.668	1.668
446	Traumatismi, eta` < 18	M 21	911	1.271	1.409	1.709	1.290	1.445	1.447	1.379	1.398	1.271	1.271	1.271
447	Reazioni allergiche, eta` > 17	M 21	1.160	1.597	1.422	2.146	1.621	1.518	1.666	1.590	1.757	1.597	1.597	1.597
448	Reazioni allergiche, eta` < 18	M 21	963	951	1.049	1.278	966	1.045	1.182	346	1.046	951	951	951
449	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` > 17 con cc	M 21	2.173	2.519	1.994	3.386	2.771	2.341	2.162	2.121	2.771	2.519	2.519	2.519
450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` > 17 senza cc	M 21	987	1.413	1.287	1.898	1.435	1.335	1.334	1.348	1.554	1.413	1.413	1.413
451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` < 18	M 21	870	1.056	1.634	1.419	1.072	1.563	1.171	1.110	1.161	1.056	1.056	1.056
452	Complicazioni di trattamenti, con cc	M 21	2.076	2.368	1.970	3.183	2.605	2.537	2.192	4.337	2.605	2.368	2.368	2.368
453	Complicazioni di trattamenti, senza cc	M 21	1.502	1.743	1.242	2.343	1.770	1.289	1.984	1.819	1.917	1.743	1.743	1.743
454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, con cc	M 21	2.610	2.952	2.450	3.967	3.247	2.738	2.541	3.092	3.247	2.952	2.952	2.952
455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, senza cc	M 21	1.368	1.888	1.229	2.538	1.917	1.275	1.803	1.647	2.077	1.888	1.888	1.888
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C 23	2.567	2.797	2.282	3.759	3.077	2.613	3.008	4.385	3.077	2.797	2.797	2.797
462	Riabilitazione	M 23	1.875	1.943	2.683	2.611	2.137	5.283	1.849	4.255	2.137	1.943	1.943	1.943
463	Segni e sintomi con cc	M 23	2.931	3.272	2.360	4.397	3.599	2.159	2.928	2.232	3.599	3.272	3.272	3.272
464	Segni e sintomi senza cc	M 23	1.430	1.987	1.360	2.670	2.018	1.355	1.804	1.416	2.186	1.987	1.987	1.987
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M 23	700	835	1.051	1.122	847	1.048	1.192	1.937	918	835	835	835
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M 23	1.079	1.466	1.606	1.970	1.488	1.581	1.407	1.829	1.612	1.466	1.466	1.466
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M 23	940	1.514	866	2.033	1.245	925	1.492	952	1.362	1.514	1.514	1.514
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	C pre	6.272	5.813	5.822	7.813	6.394	10.147	6.624	9.460	6.975	5.813	5.813	5.813
469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione		372	439	404	590	446	-	439	366	483	439	439	439
470	Non attribuibile ad altro drg		441	439	404	590	446	-	439	366	483	439	439	439
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	C 8	16.704	14.126	11.375	18.985	15.539	16.705	17.099	10.695	17.658	15.539	14.126	14.126
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, eta` > 17	M 17	19.343	19.739	12.195	26.527	23.884	23.342	7.785	15.830	24.674	21.713	19.739	19.739
475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	M 4	10.882	9.448	10.497	12.696	10.392	11.642	8.176	12.367	11.809	10.392	9.448	9.448
476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	C pre	4.406	4.587	7.348	6.165	5.046	6.532	4.450	8.151	5.505	4.587	4.587	4.587
477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	C pre	2.794	3.078	4.322	4.137	3.385	4.254	3.169	6.961	3.385	3.078	3.078	3.078
478	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con cc	C 5	6.525	5.911	5.691	7.945	6.503	6.423	7.337	9.374	7.094	5.911	5.911	5.911
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc	C 5	3.716	3.889	3.412	5.227	4.278	3.774	4.052	6.531	4.667	3.889	3.889	3.889
480	Trapianto di fegato	C pre	81.482	60.942	67.307	81.900	67.036	94.805	72.420	39.062	76.177	80.199	60.942	80.199
481	Trapianto di midollo osseo	C pre	84.328	41.317	37.371	55.525	-	49.879	-	67.051	51.646	47.514	41.317	47.514
482	Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei	C pre	12.740	10.852	13.717	14.584	13.131	12.833	7.427	16.069	13.565	11.937	10.852	10.852
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	C pre	48.233	40.896	34.388	54.961	44.986	vedi deli	34.724	42.312	51.120	44.986	40.896	40.896
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	C 24	20.812	17.513	23.292	23.536	19.264	21.268	20.238	18.840	21.891	19.264	17.513	17.513
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	C 24	15.630	13.073	11.560	17.568	14.380	15.460	15.340	16.677	16.341	14.380	13.073	13.073
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	C 24	13.967	11.820	17.097	15.884	13.002	15.612	14.661	17.912	14.775	13.002	11.820	11.820
487	Altri traumatismi multipli rilevanti	M 24	6.005	5.538	6.552	7.444	6.092	6.549	3.082	5.418	6.646	5.538	5.538	5.538
488	H.i.v. associato ad intervento chirurgico esteso	C 25	13.112	11.391	13.867	15.309	12.531	13.471	13.724	18.485	14.239	12.531	11.391	11.391
489	H.i.v. associato ad altre patologie maggiori correlate	M 25	6.289	6.657	7.271	8.947	7.322	7.872	5.814	8.433	7.988	6.657	6.657	6.657
490	H.i.v. associato o non ad altre patologie correlate	M 25	3.107	4.042	4.344	5.433	4.446	3.348	3.577	4.222	4.446	4.042	4.042	4.042

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO - TARIFFE REGIONALI MASSIME

DRG	tipo	MDC	PIEMONTE	V.D'AOSTA	LOMBARDIA	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	CAMPANIA	PUGLIA	
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	C	8	5.694	5.061	5.105	6.801	5.567	5.985	7.249	5.817	6.073	5.061	5.061	5.061
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	17	4.428	6.576	9.572	8.837	7.956	8.253	7.184	6.119	7.233	6.576	6.576	6.576
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	7	5.709	5.059	7.016	5.947	6.565	5.982	4.439	6.574	6.070	5.484	5.059	4.995
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	7	2.760	2.811	2.921	3.565	3.783	3.324	2.496	3.771	3.092	3.027	2.811	2.838
495	Trapianto di polmone	C	pre	70.793	24.317	27.994	-	27.310	51.781	70.380	31.393	70.793	23.449	26.357	69.678
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	8	16.289	16.289	17.659	23.495	18.294	19.670	18.857	20.376	21.119	15.912	17.107	15.607
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	C	8	9.192	9.192	11.515	14.005	10.324	15.882	13.665	11.180	14.026	10.634	9.654	9.324
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	8	6.548	6.548	7.319	9.045	7.354	11.636	9.198	8.600	10.318	7.658	6.877	6.040
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	C	8	4.125	4.125	7.088	5.707	4.633	6.465	4.202	5.160	4.694	5.849	4.333	4.620
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	8	2.669	2.669	2.982	3.687	2.998	3.879	2.587	4.669	2.757	2.683	2.803	2.713
501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	C	8	9.635	7.816	12.990	12.887	8.778	7.962	6.123	9.777	9.635	8.552	8.453	9.483
502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	C	8	2.650	4.420	5.236	4.564	4.964	5.308	4.024	5.529	2.650	3.842	4.642	2.609
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	8	2.129	2.689	2.062	3.680	2.741	2.615	2.201	3.111	2.129	2.693	2.500	2.596
504	Ustioni estese di terzo grado con innesto di cute	C	22	43.253	40.304	45.048	49.437	45.265	37.791	38.874	50.412	43.253	37.658	42.328	38.314
505	Ustioni estese di terzo grado senza innesto di cute	M	22	10.739	23.205	25.936	12.275	5.728	10.570	14.056	5.334	10.739	6.519	17.912	9.513
506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	22	16.872	15.401	18.246	19.285	17.297	20.821	14.240	17.513	16.872	15.460	14.704	14.946
507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	C	22	6.624	12.601	14.084	8.412	7.098	8.282	8.938	6.610	6.624	8.844	11.100	5.868
508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	M	22	5.517	4.056	4.804	6.306	4.555	5.484	3.750	4.613	5.517	3.759	4.144	4.887
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	M	22	2.921	3.319	3.932	3.708	2.775	3.072	2.651	2.584	2.921	3.447	3.255	2.587
510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	M	22	4.280	4.280	5.072	4.892	4.353	5.786	3.957	4.867	4.280	4.999	4.290	4.213
511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	M	22	3.425	3.502	4.149	4.350	2.934	3.238	2.796	2.763	3.426	2.236	3.121	3.372
512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	C	pre	66.067	27.037	29.312	-	22.084	65.027	71.400	20.565	66.067	23.042	29.240	65.027
513	Trapianto di pancreas	C	pre	59.944	21.243	23.030	-	22.308	22.522	60.180	20.774	59.944	23.276	22.974	59.000
514	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco	C	5	25.400	18.104	24.666	27.092	20.160	20.909	25.899	22.646	25.400	24.853	21.485	22.500
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	C	5	22.352	14.192	18.493	22.903	17.043	16.702	24.300	17.752	22.352	22.760	16.842	19.800
516	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA	C	5	9.449	6.780	7.199	11.327	7.615	9.292	9.013	9.355	9.449	8.489	7.549	9.300
517	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	5	7.879	6.338	6.516	9.756	6.301	7.433	6.907	6.248	7.879	6.689	6.385	7.755
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	5	5.100	4.831	5.244	7.332	5.728	5.947	5.267	5.112	5.455	4.848	5.127	5.370
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	C	8	11.098	6.611	7.761	9.024	7.425	15.882	8.419	8.270	11.098	7.835	7.291	6.730
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	C	8	7.727	4.037	4.511	5.489	4.534	11.636	5.058	5.049	7.727	4.475	4.451	3.744
521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	M	20	2.626	2.092	2.478	3.352	2.261	3.231	3.110	2.120	2.626	2.752	2.197	2.585
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	M	20	2.554	1.777	2.105	3.260	1.996	2.928	2.642	2.223	2.554	2.509	1.866	2.514
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	M	20	1.984	1.137	1.346	2.665	1.155	1.430	1.724	1.209	1.984	1.177	1.194	1.952

