

SPECIFICHE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE

1-RICOVERI PER ACUTI

Per quanto sopra riportato, si individuano le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno associate ai Diagnosis Related Groups (DRG) così come riportate **nell'allegato 3** del presente provvedimento che costituisce parte integrante dello stesso.

Vengono indicati per ogni singolo DRG e per ogni singola fascia di ospedale :

- Ü la tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno
- Ü la tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno"
- Ü la tariffa per i ricoveri diurni con minore o uguale a 3 accessi
- Ü la tariffa per i ricoveri diurni con più di 4 accessi
- Ü la tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno" caratterizzati da trasferimento ad altra struttura di ricovero o dal decesso del paziente
- Ü il valore soglia espresso in giorni oltre il quale scatta una tariffa "pro die"
- Ü la tariffa "pro die" oltre soglia

1- Il sistema di remunerazione per i ricoveri acuti, fatta eccezione per determinate situazioni, è da intendersi per caso trattato e non per singola giornata/accesso, sia esso in regime ordinario che diurno. Le tariffe di cui al presente provvedimento costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero.

2- Per i ricoveri in regime ordinario con durata di degenza superiore al valore soglia DRG specifico, la remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre la soglia e la tariffa "pro die".

3- Non viene riconosciuta la tariffa "pro die" per i ricoveri effettuati in regime di Day Hospital e per quei trapianti la cui tariffa, definita specificatamente, è da intendersi onnicomprensiva.

4- Per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo, sono previsti incrementi tariffari in aggiunta alla tariffa del DRG esclusivamente in casi specifici e circoscritti.

5- Sono previste tariffe per i ricoveri acuti, che prescindono dall'attribuzione del DRG in quanto la classificazione e la conseguente tariffazione a DRG non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse.

6- Sono previste tariffe giornaliere per la psichiatria ospedaliera.

2-PROTESI, PRESIDIO AD ALTO COSTO E CASISTICA AD ALTA COMPLESSITA'

Per il riconoscimento economico di alcune protesi o procedure di alto costo è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG.

Rientrano in tali riconoscimenti aggiuntivi anche alcuni interventi chirurgici a fronte di patologie oncologiche di casistiche di alta complessità.

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per "codice intervento" o "codice diagnosi", qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione relativa alla compilazione della SDO venga utilizzato l'uso del codice).

Sostituzione totale o parziale della spalla

Intervento 81.80 o 81.81---tariffa aggiuntiva € 2.000,00

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

Artrodesi vertebrale senza innesto osseo

Intervento da (81.04 a 81.08) associato alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43)---tariffa aggiuntiva € 2.324,06

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

Artrodesi vertebrale con innesto osseo

Intervento da (81.04 a 81.08) + 78.09 associato alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43)---tariffa aggiuntiva € 2.685,58

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

Artrodesi vertebrale senza innesto osseo

Intervento da (81.01 a 81.03)---*tariffa aggiuntiva € 774,69*

Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.

Artrodesi vertebrale con innesto osseo

Intervento da (81.01 a 81.03) + 78.09---*tariffa aggiuntiva € 1.187,85*

Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.

Protesi metacarpale o metacarpofalangea

Intervento 81.71 o 81.74---*tariffa aggiuntiva € 1.804,00 a protesi*

Eviscerazione pelvica per patologia maligna ginecologica

Diagnosi principale 179 o 180._ o 182._ o 183._ o 184.4 o 195.3 ,
nel caso di intervento 68.8 e associato al DRG 353 -----

tariffa aggiuntiva € 11.600

Per le sole strutture con disciplina 49 Terapia intensiva.

Ortopedia oncologica

Diagnosi per tumore maligno delle ossa da (170.1 a 170.9)

diagnosi per tumore maligno connettivo da (171.2 a 171.9)---

tariffa aggiuntiva € 7.633.23

Per le sole strutture di fascia A e A1.

Correzione piede torto

Intervento 83.84--- *tariffa aggiuntiva € 2.127,80.*

Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista);

Per le sole strutture di fascia A e A1.

Chirurgia della mano

Diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19-tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa aggiuntiva è pari a euro **3.553,50**;

In considerazione del fatto che, tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, e in considerazione inoltre, dei costi rilevati per

gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a euro **5.047,00**. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di **2.000,00** euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

Impianto di segmenti ossei

Si intende l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni.

Diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare *tariffa aggiuntiva* € **1.797,27**.

Protesi sfinteriche urinarie

Intervento 58.93---*tariffa aggiuntiva* € **4.131,65**

Pompa per infusione intratecale

Intervento 86.06---*tariffa aggiuntiva* € **1.807.60**

Per le sole strutture pubbliche con disciplina 49 Terapia intensiva.

Protesi biliare

Intervento 51.87---*tariffa aggiuntiva* € **413,16**

Neurostimolatore vagale

Intervento 04.92 associato ai DRG 7 e 8 con

Diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51 ---*tariffa aggiuntiva* € **15.000,00**

Per le sole strutture AOSPU di Bologna, Bellaria di Bologna, S.Agostino Estense Modena.

Stimolatore cerebrale

Intervento 02.93 associato alle diagnosi 332.0 o 333.1 o 333.6 o comprese tra (333.8 e 333.89)

---*tariffa aggiuntiva* € **16.010,16**

Per le sole strutture AOSPU di Ferrara, Bellaria di Bologna, Ospedale Baggiovara.

Protesi mammaria e inserzione di espansore

Intervento 85.95 o 85.53 ---tariffa aggiuntiva € **878,00**
Intervento 85.54 ---tariffa aggiuntiva € **1.317,00**

Protesi cocleare

Intervento 20.96 o 20.97 o 20.98
---- tariffa aggiuntiva € **21.474,27** a protesi
Per le sole strutture AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini, Casa di Cura "Piacenza"

Protesi endoaortiche

Intervento 39.71 o 39.73 associato alle diagnosi principali 441.xx-
---- tariffa aggiuntiva € **5.254**

Riparazione di difetto del setto interatriale

Intervento 35.52 o 37.90 associati al DRG 518
---- tariffa aggiuntiva € **7.236,00**

3-TRAPIANTI

Trapianto d'intestino:

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

Trapianto multiviscerale:

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

Trapianto di rene e cuore:

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

Trapianto di rene e fegato:

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

Trapianto di fegato e cuore:

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

Altri Trapianti:

Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti DRG 103 Trapianto di cuore, DRG 302 Trapianto di rene, DRG 480 Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino, DRG 481 Trapianto di midollo, DRG 495 Trapianto di polmone, DRG 512 Trapianto di rene e pancreas, DRG 513 Trapianto di pancreas presenti nell'allegato n. 3, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto.

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

la tariffa viene fissata in € 2.800,00 (omnicomprensiva del costo del tessuto corneale pari a € 1.050,00). L'Azienda sede di Banca Cornee fattura all'Azienda sede di trapianto € 1.050 per ogni cornea trapiantata e tale valore è riconosciuto all'interno della tariffa DRG pagata dall'Azienda di residenza del paziente. Tale tariffa viene applicata sia ai ricoveri in regime ordinario che day hospital e prescinde dalla fascia tariffaria di appartenenza dell'ospedale.

4-ALTRE TIPOLOGIE DI CASISTICHE A TARIFFA SPECIFICA

INFUSIONE DI CELLULE DENDRITICHE

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:

DRG 481- Trapianto di midollo osseo- individuato dal codice intervento 41.04 "trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione" e associato al codice 99.59 "altre vaccinazioni ed inoculazioni".

Tariffa per caso trattato € **25.000,00**

PRELIEVO DI CSE MIDOLLARI

Diagnosi ed interventi per attività di prelievo di midollo osseo

La tariffa DRG del trapianto di midollo osseo è comprensiva del prelievo, incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale, per cui tutte le SDO relative a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche avranno importo azzerato

-DRG 467 con diagnosi V593 "donatore di midollo osseo" associato a intervento 41.91 "aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto"

- DRG 467 con diagnosi V59.02 "donatore di sangue, cellule staminali" associato a intervento 99.79 "altra aferesi terapeutica"

BRACHITERAPIA E TERAPIA RADIOMETABOLICA

Intervento 92.27(impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al codice diagnosi V 58.0:

Tariffa per caso trattato € **8.500,00**

NEUROSTIMOLATORE SPINALE o UROLOGICO

Impianto o sostituzione di elettrodo codice 03.93:

Tariffa per caso trattato € **4.000,00** indipendentemente dal DRG che si genera;

Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile) codice 86.96:

Tariffa per caso trattato € **6.172,00** indipendentemente dal DRG che si genera;

TERMOABLAZIONE EPATICA PER VIA PERCUTANEA

Codice intervento 50.24, associato al DRG 191 o 192:

Tariffa per caso trattato € **5.040,00**

DISCOLISI CON TECNICA LASER, RADIOFREQUENZA O ALTRA TECNICA

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

TRATTAMENTO VENE VARICOSE CON LASER TERAPIA ENDOVASCOLARE

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

GAMMA KNIFE

Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco
Tariffa per caso trattato pari a € 7.500,00

SOSTITUZIONE DI VALVOLA CARDIACA CON TECNICA ENDOVASCOLARE (TAVI)

Codice intervento 35.21 o 35.22 associato al codice intervento 38.91
Tariffa per caso trattato pari a € 30.634,00

SOSTITUZIONE DI VALVOLA CARDIACA CON TECNICA TRANSAPICALE (TAVI)

Codice intervento 35.21 + 37.11 associato al codice intervento 38.91
Tariffa per caso trattato pari a € 30.634,00

DRG 323 M "CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITROTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI"

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:
in presenza del codice procedura "98.51 Litrotipsia rene uretere",
in qualsiasi posizione venga codificato:
Tariffa per caso trattato € 550,00. In assenza di tale procedura,
tariffa per caso trattato pari a € 184,00.

5-NEONATO

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

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

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

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

6-GRANDI USTIONATI (dimessi da disciplina 47)

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

7-TRACHEOSTOMIE

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

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

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

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

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

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

8-DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

DRG **409** M-radioterapia € **310 ad accesso**

DRG **410** "M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e

DRG **492** "M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia" le modalità di gestione e di valorizzazione del DH oncologico si uniformano alle seguenti indicazioni:

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

Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	99.25
Iniezione di altri ormoni	99.24
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici	99.28
Immunoterapia	99.28
Terapia con interleuchina 2 (IL-2) a basse dosi	99.28
Tumor vaccino	99.28
Terapia con interleuchina-2 (IL-2) ad alte dosi	00.15
Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	99.29
Terapia di supporto	99.29
Preparazione TAC (desensibilizzazione, idratazione, ecc)	99.29
Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale	03.8
Trasfusione di sangue intero	99.03
Trasfusione di concentrato cellulare	99.04
Infusione o iniezione di elettroliti	99.18
Toracentesi	34.91
Paracentesi	54.91
BOM	41.31
Biopsia percutanea del polmone	33.26
Biopsia percutanea del fegato	50.11
Biopsia percutanea pancreas	52.11
Biopsia percutanea rene	55 55.23
Biopsia percutanea milza	41.32
Biopsia percutanea massa intra addominale	54.24
Biopsia percutanea mammella	85.11
Codici diagnosi	V58.11
Chemioterapia antineoplastica	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12

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

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

non si prevede di riportare alcuna procedura e data e il loro numero sarà ricavato per differenza fra il numero totale degli accessi e il numero di accessi "pesanti";

nel caso in cui la struttura abbia già in essere o intenda gestire questi accessi a livello ambulatoriale viene lasciata operativa tale possibilità.

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

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

9-RICOVERI POST-ACUTI

Le tariffe per i ricoveri di riabilitazione(cod. 56), lungodegenza(cod.60),unità spinale(cod.28) e neuro-riabilitazione(cod.75),come riportate nell'**allegato 4** del presente provvedimento, sono da intendersi a giornata di degenza o ad accesso se erogate in regime diurno.

Vengono indicate per ogni singola Categoria diagnostica maggiore (MDC) e per ogni specifico setting riabilitativo, le tariffe massime così individuate:

- Ü la tariffa giornaliera per i ricoveri in regime ordinario
- Ü il valore soglia espresso in giorni oltre il quale si applica una retta giornaliera abbattuta
- Ü la retta giornaliera abbattuta
- Ü la tariffa per accesso per i ricoveri diurni con minore o uguale a 3 accessi
- Ü la tariffa per accesso per i ricoveri diurni con più di 4 accessi

1-La remunerazione complessiva per il ricovero post-acuto è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.

2-Viene riconosciuta una remunerazione tariffaria delle giornate associate alla **prova di domiciliazione**, istituto che ha lo scopo di preparare il paziente al reinserimento nella vita quotidiana, pari al 75% della corrispondente tariffa pro die del codice 56. La prova di domiciliazione viene documentata nella SDO in corso di ricovero e viene distinta dall'assenza temporanea per la quale invece non viene riconosciuto alcun riconoscimento economico.

3-A parità di setting erogativo è prevista una tariffa post-acuta differenziata in considerazione al fatto che la struttura di ricovero abbia sostenuto anche i costi della fase acuta DRG specifica o no.

4-Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative post-acute e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

10-RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

Qualora il paziente relativamente ai DRG DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" e DRG 545 "Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio", venga trasferito in un reparto riabilitativo, sia intensivo o estensivo, la valorizzazione delle giornate riabilitative decorrono a partire dall'8° giornata di ricovero per il DRG 544 e dall'11° giornata per il DRG 545.

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

11-ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Per i pazienti mielolesi e per soggetti affetti da grave cerebro lesione, dimessi dalle discipline 28- unità spinale e 75- neuroriabilitazione e afferenti alla MDC1, si applica la tariffa giornaliera di 470,00 € .

Tale tariffa giornaliera è da intendersi valevole anche per i quadri clinici afferenti alla MDC 23 in presenza di un codice V57 in diagnosi principale e dimessi dalle unità operative di Unità Spinale.

12-ASSISTENZA PSICHIATRICA OSPEDALIERA E RESIDENZIALE

Le tariffe giornaliere per la psichiatria residenziale sono di seguito riportate:

- residenze trattamento intensivo: € 210,12 pro die
- residenze trattamento protratto: € 173,40 pro die
- residenze specialistiche: € 231,13 pro die
- SPOI e SPDC ordinario € 315,18 pro die
- SPOI e SPDC dh, tariffa pro die pari all'80% tariffa in ordinario

13-ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Queste prestazioni (individuare con onere=5 e 6 riportato in SDO) dovranno avere una valorizzazione pari al 50% dell'importo. Percentuale calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi.

14-STATI VEGETATIVI PERSISTENTI

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

15-RICOVERI RIPETUTI

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

- **INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI:** re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;

- **INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI:** abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;

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

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

ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490;

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

16-PRESTAZIONI DI EMERGENZA PER NON RESIDENTI IN EMILIA ROMAGNA

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

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

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

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

17- HOSPICE

La tariffa per giornata di degenza da riconoscere da parte dell'Azienda USL, qualora la struttura non sia a gestione diretta, è pari a € 197,00, fermo restando quanto stabilito dalla DGR 589/2002. Qualora il paziente non sia residente nel territorio dell'Azienda USL nel quale si trova l'Hospice, l'Azienda USL di competenza territoriale **fatturerà all'Azienda USL di residenza del paziente i suddetti € 197,00 + € 45,00 pro die**, per tutto quanto fornito direttamente dall'AUSL e non compreso nella tariffa base di € 192,00, così come previsto dalla DGR 589/2002.

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