

Allegato 2

1. REGIME ORDINARIO

1.1 CON DURATA DI DEGENZA MAGGIORE DI 1 GIORNO

Tariffe massime come da allegato n. 3.1

1.2 CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die" allegato n. 3.1.

1.3 CON DURATA DI DEGENZA (1) GIORNO

Ü Tariffe massime come da allegato n. 3.1

Ü **Ricoveri medici** pari a € 220, ad eccezione dei ricoveri di 1 giorno attribuiti ai seguenti DRG:

373 M-Parto vaginale no CC

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

Ü **Deceduto 1 giorno o trasferito ad altro ospedale:**
per i soli DRG chirurgici la tariffa è uguale a quella dei ricoveri 0-1 giorno come da allegato n. 3.1.

1.4 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 ospedali":**
tariffa equivalente al DRG 386 per i casi con degenza > 3
giorni dimessi da Ospedali con la disciplina 73- Terapia
intensiva neonatale.

1.5 TRACHEOSTOMIA

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

Ü **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"**

tariffa pari a € 35.551,00 per i casi con degenza <= a 20.

tariffa pari a € 41.726,00 per i casi con degenza compresa fra 21 e 30.

tariffa pari a € 46.607,00 per i casi con degenza >30.

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

tariffa pari a € 24.416,00 per i casi con degenza <= a 20.

tariffa pari a € 28.657,00 per i casi con degenza compresa fra 21 e 30.

tariffa pari a € 32.009,00 per i casi con degenza >30.

Le tariffe di cui sopra fanno riferimento alla degenza trascorsa in reparto per acuti; i casi trasferiti verso reparti di cod. 56, 60, 75 e 28 sommano alla tariffa di cui sopra la tariffa giornaliera specifica; valore soglia e la relativa tariffa pro die e la tariffa deceduto e trasferito in 1 giorno come da allegato 3.1.

1.6 PROTESI

Valori aggiuntivi rispetto al DRG come da allegato 5, con i vincoli ivi specificati.

1.7 AREA ORTOPEDICA

Sono individuati specifici incrementi tariffari per alcuni interventi chirurgici ed alcune diagnosi principali di dimissione relativi alla casistica ortopedica di seguito dettagliata, casistica di alta complessità e caratterizzata da

costi di produzione estremamente elevati. Tali incrementi sono applicati su tutta la attività erogata in **regime di ricovero ordinario dagli ospedali di fascia A** in aggiunta alle tariffe specifiche previste per i singoli casi:

Ü **codici da 170.1 a 170.9 Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari** - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;

Ü **codici da 171.2 a 171.9 Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli** - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;

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

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

** se presente in diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19-tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa è pari a euro 3553,50;

** in considerazione del fatto che tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, 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 5047,00. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2000 euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

Ü **DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori"** e **DRG 545 "Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio"**

la relativa tariffa di cui al all'allegato 3.1, 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;

1.8 STATI VEGETATIVI PERSISTENTI

la definizione di una tariffa giornaliera per i pazienti in stato vegetativo persistente è difficilmente generalizzabile e, pertanto, anche vista la esiguità numerica della casistica, necessiterebbe di una personalizzazione sui singoli casi. Pertanto, pur reputando che l'accordo specifico sul singolo caso rappresenti il percorso corretto per una traduzione in termini economici delle necessità assistenziali dei pazienti in stato vegetativo persistente, e senza pertanto incidere sugli accordi attualmente in essere, si ritiene opportuno individuare una tariffa di riferimento pro die, in considerazione delle necessità di assistenza sanitaria continuativa, dei trattamenti riabilitativi specifici e delle caratteristiche strutturali (attrezzature, ausili, spazi...) necessari per la presa in carico di tali pazienti, valida laddove le condizioni del paziente siano tali da richiederne la permanenza in ambiente ospedaliero. Rispetto a tale tariffa di riferimento gli accordi locali possono attestarsi a livelli diversi tenuto conto delle specificità dei singoli casi in relazione al profilo assistenziale. 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 € **265,00**. Tale tariffa è applicabile esclusivamente a pazienti inviati dai referenti aziendali di struttura pubblica regionale.

1.9 DIMESSI DALLA DISCIPLINA (codice 47) "GRANDI USTIONATI"

l'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di

risorse della casistica che afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € 1.751,00 a giornata per i dimessi dal cod. disciplina 47;

1.10 TRAPIANTI

- Ü **DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino"** associato ai codici di intervento 11.6_: la tariffa viene fissata in € 2.800,00. La tariffa qui definita è comprensiva delle quote per il finanziamento della banca delle cornee (€ 750,00) e del procurement (€ 258,00). Qualora la struttura non utilizzi le cornee di provenienza della Banca regionale non è tenuta a corrispondere alla Banca la relativa quota di € 750,00 considerata compensativa del valore della cornea, mentre la tariffa sopra definita viene decurtata della quota di € 258,00 relativa al finanziamento dell'attività di procurement;
- Ü **DRG 504 "ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica 96+ ore con innesto di cute"**: la tariffa viene fissata in € 40.814,64, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- Ü **DRG 506 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo"**: la tariffa viene fissata in € 26.103,11, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- Ü **DRG 507 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo"**: la tariffa viene fissata in € 9.938,08, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- Ü **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;
- Ü **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;
- Ü **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;

Ü **Trapianto di rene e fegato:** la tariffa viene fissata pari a € 100.652,9. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG 480;

Ü **Trapianto di fegato e cuore:** la tariffa viene fissata pari a € 110.966,1. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 50.59 + 37.51 associati al DRG 103 o 480;

Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti DRG 103 Trapianto di cuore,

DRG 302 Trapianto di rene,

DRG 480 Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino,

DRG 481 Trapianto di midollo,

DRG 495 Trapianto di polmone,

DRG 512 Trapianto di rene e pancreas,

DRG 513 Trapianto di pancreas

presenti nell'allegato n. 3.1, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto. Nel provvedimento di finanziamento complessivo della funzione trapianti saranno specificate le modalità di rimborso da riconoscere alle Aziende che effettuano attività di procurement e alle Aziende sede di banche da parte delle Aziende che effettuano i trapianti;

Ü **Trapianto di osso** si specifica che per trapianto di osso si deve intendere l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni. In presenza del codice in diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare alla tariffa DRG specifica va riconosciuta un valore aggiuntivo pari ad € 1797,27.

1.11 ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Nelle more della piena realizzazione di quanto previsto dalla propria deliberazione 1267/2002 in tema di Hub & Spoke e tenuto conto dell'analisi dei costi relativi ai pazienti in Unità spinale (cod. 28) e Riabilitazione Intensiva (cod.56) in condizioni di elevata instabilità clinica, e che necessitano di alta intensità assistenziale in relazione al fatto che debba

essere garantita loro assistenza ventilatoria, le tariffe relative ai casi trattati in modo esclusivo nei reparti suddetti (cod. 28 e cod. 56) e dimessi con codice di procedura di ventilazione meccanica assistita (cod. 96.7_) sono pari € 545,00, per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 28, e a € 457,00 per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 56 e 75; tariffe MDC specifiche per i cod. 28, 56, e 75 come da all. n. 3 con relativi abbattimenti tariffari per i ricoveri oltre i valori soglia;

1.12 BRACHITERAPIA E TARAPIA 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 la tariffa viene fissata in € 8.500,00.

1.13 NEUROSTIMOLATORE SPINALE

Intervento 03.93 associato a uno dei codici compreso tra 86.94 86.98 (neuro stimolatore spinale, compreso elettrostimolatore neuro urologico): la tariffa viene fissata in € 9.172 indipendentemente dal DRG che si genera.

2. REGIME DI DAY HOSPITAL

2.1 Tariffe massime come da allegato n. 3.2

2.2 RICOVERI MEDICI CON 1,2,3 ACCESSI

Tariffa forfettaria pari a € 124,47 ad eccezione dei ricoveri attribuiti al DRG 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni", nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51, la cui tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni;

2.3 DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

Ü DRG 409 M-radioterapia

Ü DRG 410 M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta

Ü DRG 492 M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia

Viene riconfermata per l'anno 2009 una tariffa ad accesso pari a € 310.

Il DH oncologico deve essere rivolto a pazienti che necessitano di accertamenti diagnostici invasivi non eseguibili ambulatorialmente in assoluto o in relazione alle loro condizioni cliniche, a pazienti che eseguono chemioterapia o immunoterapia per via sistemica, a pazienti che eseguono radioterapia associata a chemioterapia, a pazienti sottoposti a terapia di supporto o palliativa che richiedono un prolungato monitoraggio.

Resta fermo che sono esclusi dal ricovero in DH oncologico gli accessi nei quali i pazienti sono sottoposti a visite di follow-up, che devono essere considerati attività ambulatoriale e valorizzati di conseguenza.

Ü **A decorrere dall'1/01/2010** per quanto concerne i DRG 410 "M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", e DRG 492 "M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia" si accolgono le conclusioni del documento in materia di gestione degli outpatient in ambiente oncologico scaturito dai lavori della Commissione Oncologica Regionale, approvato in data 14 settembre 2009, che propone un nuovo modello per la valorizzazione. 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	55.23
Biopsia percutanea milza	41.32
Biopsia percutanea massa intra addominale	54.24
Biopsia percutanea mammella	85.11
<u>Codici diagnosi</u>	V58.11
Chemioterapia antineoplastica	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12

dovranno essere riportati nella scheda di dimissione ospedaliera del caso nella sezione "procedure" con codice e data corrispondente all'accesso medesimo. Tali accessi denominati **"pesanti"** verranno valorizzati con tariffa 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".

Nell'elenco di cui sopra non è presente il cod. 33.27 "Biopsia endoscopica del polmone", presente invece nella relazione della Commissione. Tale codice infatti, laddove presente, genera un DRG chirurgico e pertanto segue le modalità di remunerazione del DH chirurgico.

Resta invariato il DRG 409 M-radioterapia.

3. ASSISTENZA PSICHIATRICA

Per quanto riguarda le strutture private si rimanda a quanto stabilito nella 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"- Parte III Parte specifica Salute mentale e nella DGR 912/2009 e nella DGR 912/2009, fatto salvo per quanto previsto per le tariffe relative a:

- residenze trattamento intensivo fissata pari a € 206,00 pro die
- residenze specialistiche fissati pari a € 226,60 pro die;
- SPOI fissata pari a € 309 pro die;

Ospedali pubblici: tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a € 309,00;

Per i ricoveri in day hospital si applica una tariffa pari all'80% della tariffa giornaliera sopra definita.

4. 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:

- Ü **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;
- Ü **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;
- Ü **I ricoveri ripetuti con intervallo temporale 0-1,** avvenuti nello stesso Presidio, comprese 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, non sono ricompresi fra quelli oggetto di abbattimenti tariffari in quanto essi sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato;

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.

5. 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.

In base alla valutazione sull'incremento dei costi, così come previsto dalla DGR 2465/1999, viene aggiornata la tariffa per le attività di trasporto sanitario con elisoccorso definita nella medesima deliberazione, ed in base all'analisi dei dati di contabilità analitica viene introdotta una tariffa per i trasporti con autoambulanza:

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.

6. 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.

7. CASA DEI RISVEGLI

La struttura assistenziale Casa dei risvegli "Luca de Nigris" sita presso la AUSL di Bologna è una struttura che sperimenta un nuovo modello assistenziale, per pazienti con gravi cerebrolesioni a bassa responsività protratta, di tipo paradomiciliare, per la preparazione alla domiciliarità. Considerato che non è ancora stata approvata la conclusione della sperimentazione, e considerato che la Regione Emilia-Romagna eroga un finanziamento a funzione, si ritiene opportuno mantenere in vigore per l'anno 2009 una tariffa giornaliera onnicomprensiva qualora venissero trattati pazienti provenienti da altre regioni pari a € 450,00. La conclusione della sperimentazione e i relativi atti conseguenti alla definizione del ruolo della Casa dei Risvegli nella rete dei Servizi potrà portare ad un mutamento rispetto ai criteri di finanziamento e di remunerazione dell'attività.