

ANALISI

NUMERO 21 - MARZO 2014

LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

ANALISI DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE



ASSOBIOMEDICA
CENTRO STUDI

- Valeria Glorioso Centro Studi Assobiomedica - CSA
- Cristina Piscopo Centro Studi Assobiomedica - CSA
- Veronica Tamborini Centro Studi Assobiomedica - CSA

Centro studi intitolato a Ernesto Veronesi

Direttore: Paolo Gazzaniga

INDICE

INTRODUZIONE	3
LE NORME NAZIONALI E LA TARIFFA UNICA CONVENZIONALE	4
1. PREMESSA	4
2. ASSISTENZA OSPEDALIERA E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	4
3. CODIFICA E CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI	7
4. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	9
5. TARIFFA UNICA CONVENZIONALE	11
6. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	13
I SISTEMI TARIFFARI REGIONALI	19
1. PREMESSA	19
2. ABRUZZO	19
3. BASILICATA	20
4. CALABRIA	22
5. CAMPANIA	22
6. EMILIA ROMAGNA	23
7. FRIULI VENEZIA GIULIA	27
8. LAZIO	28
9. LIGURIA	29
10. LOMBARDIA	29
11. MARCHE	34
12. MOLISE	35
13. PIEMONTE	37
14. PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	39
15. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	41
16. PUGLIA	41
17. SARDEGNA	43
18. SICILIA	43
19. TOSCANA	44
20. UMBRIA	45
21. VALLE D'AOSTA	46
22. VENETO	47
23. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	48
COMPARAZIONE REGIONALE	49
1. PREMESSA	49
2. RECEPIMENTO DELLE TARIFFE MINISTERIALI	49
3. LE FASCE TARIFFARIE PER CLASSI DI EROGATORI	52
4. I RIMBORSI SPECIALI PER PROTESI, DISPOSITIVI O PROCEDURE	55
5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	56
CONCLUSIONI	57
BIBLIOGRAFIA	58
PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA	60

INTRODUZIONE

Con il Decreto Ministeriale (D.M.) del 18 ottobre 2012, emanato in seguito alle norme sulla cosiddetta *spending review*, sono state determinate le *tariffe massime ministeriali* per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera valide dal 28 febbraio 2013 fino al 31 dicembre 2014. Nonostante sia stata prevista l'istituzione di una commissione per la formulazione di proposte di aggiornamento alle tariffe, i lavori sembrano procedere lentamente e, nel mese di luglio 2013, il presidente della Conferenza delle regioni ne ha chiesto la sospensione, alla luce dell'avvio dell'esame del nuovo Patto per la salute.

Dal 1° gennaio 2015, è previsto che entri in vigore il nuovo sistema dei DRG italiani, che dovrebbero essere il prodotto del progetto "IT.DRG - Evoluzione del sistema DRG nazionale" nel contesto dell'iniziativa "Mattoni SSN" del Ministero della Salute. Questo progetto nasce per creare una versione italiana dei DRG. Tra gli obiettivi principali ci sono l'aggiornamento degli ormai obsoleti sistemi di codifica per le diagnosi e per le procedure o interventi; la definizione di pesi relativi elaborati in base al contesto italiano; la determinazione delle tariffe da associare ai DRG. A meno di un anno dalla prevista entrata a regime del nuovo sistema, appare probabile che il termine per la conclusione dei lavori sarà rinviato a data da destinarsi.

In un quadro di dichiarato cambiamento - ma di sostanziale incertezza in merito ai tempi e ai modi con i quali questo cambiamento avverrà - appare utile analizzare in modo retrospettivo cosa sia concretamente avvenuto nelle regioni riguardo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera a seguito della pubblicazione del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

Nella prima parte di questo lavoro, si inquadrano le prestazioni di assistenza ospedaliera nel contesto dei livelli essenziali di assistenza, evidenziando l'importanza della codifica e della classificazione delle prestazioni. In seguito, si prendono in esame i meccanismi di remunerazione dei ricoveri, tenendo in considerazione le previsioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e dell'ultimo accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

Nella seconda parte si analizza la normativa aggiornata al 31 dicembre 2013. In particolare, per ogni regione: si individua l'atto normativo che definisce il sistema tariffario vigente, analizzandone gli elementi principali e il criterio di determinazione; si individua la presenza di differenziazioni tariffarie per classi di erogatori, evidenziando i criteri di oscillazione e di classificazione delle strutture; si individua la presenza di rimborsi speciali - aggiuntivi o sostitutivi - rispetto alla tariffa associata ai DRG.

Nella terza parte si analizzano i sistemi tariffari regionali in chiave comparativa. L'analisi verte su quattro elementi principali: il recepimento delle tariffe ministeriali definite con il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012; la presenza di fasce tariffarie per classi di erogatori; la previsione di rimborsi speciali; le differenze tra le regioni che sono in piano di rientro e quelle che non lo sono. Infine, vengono delineati i cambiamenti avvenuti a seguito dell'approvazione delle nuove tariffe massime ministeriali.

LE NORME NAZIONALI E LA TARIFFA UNICA CONVENZIONALE

1. PREMESSA

Lo scopo di questo capitolo introduttivo è quello di illustrare le prestazioni di assistenza ospedaliera nel contesto dei livelli essenziali di assistenza, di evidenziare l'importanza della codifica e della classificazione delle prestazioni, di affrontare il tema della remunerazione delle prestazioni, e di descrivere le caratteristiche della Tariffa unica convenzionale (TUC). In particolare nel primo paragrafo sono discusse brevemente le prestazioni di assistenza ospedaliera nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal Servizio sanitario nazionale (SSN), tenendo conto delle indicazioni nazionali in merito al perseguimento dell'appropriatezza organizzativa. Nel secondo paragrafo sono descritti i sistemi di codifica e di classificazione delle prestazioni ospedaliere, con particolare attenzione ai principali punti critici, ossia quelli che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche in sanità. Nel terzo paragrafo si approfondiscono i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera a carico del SSN, con particolare riferimento al sistema di pagamento prospettico mediante tariffa, mettendo in luce le recenti novità seguite all'approvazione del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. Infine, nel quarto paragrafo si descrive la TUC per la compensazione delle prestazioni erogate in caso di mobilità interregionale per le attività di assistenza ospedaliera dell'anno 2012.

2. ASSISTENZA OSPEDALIERA E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il SSN garantisce ai cittadini le prestazioni sanitarie che sono riconducibili ai livelli essenziali di assistenza definiti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001¹; i distinti campi di assistenza così come vengono definiti sono i seguenti:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

In particolare, il livello dell'assistenza ospedaliera si articola a sua volta come segue:

- pronto soccorso;
- degenza ordinaria;
- *day hospital*;
- *day surgery*;
- interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni);
- riabilitazione;

1. Il DPCM del 29 novembre 2001 individua i tipi di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio sanitario nazionale. In seguito, è stato modificato dal DPCM del 28 novembre 2003 e dal DPCM del 5 marzo 2007.

- lungodegenza;
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali; attività di ricerca e reperimento di cellule staminali presso registri e banche nazionali ed estere;
- attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti.

Nel DPCM del 29 novembre 2001, oltre alla classificazione dei livelli essenziali di assistenza, sono indicate le prestazioni erogabili e i parametri strutturali di offerta eventualmente previsti. Sia per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale - che comprende le prestazioni terapeutiche e riabilitative e di diagnostica strumentale e di laboratorio - sia per quanto riguarda l'assistenza protesica - che comprende la fornitura di protesi e di ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali - esistono nomenclatori² emanati a livello nazionale per definire in modo puntuale le specifiche prestazioni che rappresentano il livello di assistenza garantito dal SSN. Per questi due ambiti di assistenza si fa riferimento ad atti normativi differenti, in particolare: per la specialistica ambulatoriale si fa riferimento al Decreto del Ministro della Sanità del 22 luglio 1996 e alle successive modifiche e integrazioni; per la protesica al Decreto del Ministro della Sanità n. 332 del 27 agosto 1999 e alle successive modifiche e integrazioni. In sintesi, per l'assistenza specialistica le liste di prestazioni incluse nei LEA risalgono al 1996; per l'assistenza protesica risalgono invece al 1999. Negli ultimi quindici anni, purtroppo, non c'è stato un adeguato aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle relative liste di prestazioni. Per questo motivo, in molti casi, le regioni hanno incluso, nei rispettivi nomenclatori di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica e integrativa, delle prestazioni aggiuntive a quelle previste e in alcuni casi hanno modificato le descrizioni, ormai obsolete, delle voci incluse.

L'assistenza ospedaliera segue altri criteri. A differenza dell'assistenza specialistica e protesica, in questo ambito non è prevista una lista utile a individuare in modo puntuale le prestazioni garantite ed erogate a carico del SSN. Tuttavia, il comma 5 dell'articolo 8-sexies del Decreto Legislativo (D.Lgs.) n. 502 del 30 dicembre 1992 - e le successive modifiche e integrazioni - stabilisce che il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali³, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, individui i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione da remunerare. Il Ministero ha anche il compito di definire le tariffe massime da corrispondere alle strutture sanitarie che erogano le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Inoltre, il D.Lgs. 502/92 definisce che la remunerazione delle prestazioni ospedaliere sia determinata in base a tariffe predefinite, ossia attraverso il cosiddetto *pagamento a prestazione*. Altre attività, come ad esempio quelle a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, vengono finanziate attraverso una modalità differente, ossia il *pagamento a funzione*. Precisamente, il pagamento a prestazione è il meccanismo che permette di erogare i rimborsi in base a tariffe predefinite legate a determi-

2. I nomenclatori sono liste che elencano e catalogano le prestazioni garantite dal servizio sanitario: ogni prestazione è identificata mediante un codice e una descrizione. I codici degli attuali nomenclatori della specialistica ambulatoriale e della protesica sono rispettivamente mutuati dai sistemi di classificazione internazionali ICD e ISO.
3. L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) è oggi denominata Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.).

nati DRG (*Diagnosis Related Group*), in italiano ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)⁴. Infatti, anche in Italia, così come in altri Paesi, è stato introdotto un sistema di classificazione delle malattie e delle procedure diagnostiche (che descriveremo in seguito, cfr. paragrafo 3) in vigore negli U.S.A., costituito con il preciso scopo di attribuire un valore economico ai ricoveri ospedalieri. Il principio alla base di questo sistema è quello di definire la tariffa di rimborso associata a un determinato DRG volta a coprire il **costo medio** dell'assistenza per tutti i ricoveri simili tra loro. L'adozione di questo principio comporta un'assunzione fondamentale: la variabilità interna a ciascun DRG, in termini di costi sostenuti, dovrebbe essere appianata dalla redistribuzione delle risorse economiche interna alla struttura ospedaliera che percepisce il rimborso.

In generale, i DRG sono stati concepiti e adottati come gruppi di diagnosi utili a:

- individuare i profili simili di carico assistenziale;
- individuare consumi simili di risorse intra-categoria (attraverso una classificazione iso-risorse delle prestazioni);
- nonché a individuare i tipi di ricoveri simili dal punto di vista clinico.

Per quanto riguarda i LEA, nel campo dell'assistenza ospedaliera, esistono: prestazioni totalmente escluse; parzialmente escluse; e prestazioni incluse nei LEA ma che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato. Nel DPCM 29 novembre 2001, negli allegati 2.a e 2.b, sono indicate le prestazioni totalmente escluse, tra le quali figura la chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, a malattie o malformazioni congenite, così come le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Tra le prestazioni parzialmente escluse rientra, ad esempio, l'assistenza odontoiatrica, che è erogata a carico del SSN limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate.

Nell'allegato 2.c, invece, sono elencate le prestazioni identificate mediante il codice DRG e la relativa descrizione che sono incluse nei LEA ma ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di degenza ordinaria. Questo elenco è stato concepito perché tali prestazioni potrebbero essere erogate in ricovero diurno, oppure in regime ambulatoriale, con il medesimo beneficio per il paziente e garantendo al servizio sanitario un risparmio in termini economici. Le regioni e le province autonome, con propri atti normativi e in tempi e modi anche molto diversi tra loro, hanno definito le soglie di ammissibilità in regime di ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2.c del DPCM 29 novembre 2001, determinando in questo modo eventuali percentuali di abbattimento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni in eccesso rispetto ai limiti prestabiliti.

4. Il Decreto Ministeriale del 14 dicembre 1994 riguardante le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera è l'atto normativo che conferma l'adozione del sistema di classificazione DRG, oltre a determinare per la prima volta le tariffe massime di riferimento a livello nazionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Un ulteriore strumento utilizzato dalle regioni per promuovere l'appropriatezza organizzativa è la rimodulazione delle tariffe in base al regime di erogazione della prestazione che si articola come segue:

- **ricovero ordinario maggiore di un giorno** (ossia tutti quei ricoveri che richiedono la degenza del paziente in ospedale per più di 24 ore);
- **ricovero ordinario 0-1 giorno** (ossia tutti quei ricoveri che non superano le 24 ore);
- **ricovero diurno** (ossia tutti quei ricoveri che non richiedono il pernottamento del paziente).

Con la definizione di queste differenti modalità assistenziali è stato possibile incentivare l'adozione di quella più appropriata, a parità di efficacia clinica. L'elenco dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2.c del DPCM del 2001 è stato in seguito integrato dagli allegati A e B dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 che sancisce il Patto per la salute 2010-2012 ed è riportato rispettivamente nelle tabelle 3 e 4. Nell'allegato A del Patto per la salute 2010-2012, riportato nella tabella 4, sono state individuate le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza se erogate in regime di *day surgery*, trasferibili al regime ambulatoriale. Per le singole prestazioni, o per pacchetti di prestazioni, le regioni hanno definito, con propri atti normativi in tempi e modi diversi, le tariffe di remunerazione e le forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, in modo da assicurare minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione in regime ospedaliero. Infatti, in alcuni casi, le regioni hanno individuato in maniera autonoma ulteriori prestazioni da trasferire dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

3. CODIFICA E CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Seppure non sia possibile avere un elenco nosologico e immutabile nel tempo delle patologie, a cominciare dai primi del Novecento si è avvertita la necessità di costruire una codifica e una classificazione delle malattie e delle procedure diagnostiche. Le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno stabilito criteri ben precisi definendo una classificazione internazionale delle malattie, conosciuta come ICD - *International Classification of Diseases*. Questo sistema è stato lo *standard* per la classificazione delle cause di morte in tutto il mondo ed è stato adottato dai vari Paesi con diverse revisioni e versioni, mantenendo sempre una base analoga alla precedente. Le direttive dell'OMS sono state recepite anche in Italia, seppur in maniera disomogenea nelle varie regioni.

Il sistema internazionale ICD consente di classificare:

- le diagnosi;
- gli interventi e le procedure.

L'ultima versione implementata negli U.S.A è la ICD-10 ma la più recente adottata in Italia è la ICD-9. Infatti, alla fine del 2008, con il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 che definisce l'«aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere», è stata approvata in Italia la versione 2007 dei codici di diagnosi e di

intervento e procedura. Questa versione è entrata in vigore su tutto il territorio nazionale l'1 gennaio 2009, mutuando la classificazione ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*), che teneva conto di tutte le modifiche introdotte dal 2003 al 2007. La versione del 2007 è stata pubblicata dal *Practice Management Information Corporation* statunitense e utilizzata per i servizi sanitari pubblici americani che ricadono nei programmi del *Department of Health and Human Services* come *Medicaid* e *Medicare*⁵.

Con il Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 si sono introdotti in Italia i codici ICD-9-CM sostituendo la precedente versione del 2002 (introdotta con il Decreto Ministeriale del 21 novembre 2005) ed è stato aumentato il numero di codici passando da 11.745 a 12.436 codici di diagnosi e da 3.582 a 3.733 codici di intervento o procedura. Questi codici, nelle loro differenti combinazioni, danno luogo all'identificazione di differenti raggruppamenti omogenei, i DRG, nella versione 24, stabilita dal Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 e introdotta a partire dall'1 gennaio 2009.

Tutte le regioni, con tempi e modi diversi, hanno recepito il Decreto Ministeriale adottando la versione 24 della classificazione DRG. Questa versione contiene 538 DRG e, rispetto alla precedente - la versione 19 - presenta alcuni cambiamenti: 24 DRG eliminati, 15 modificati e 56 aggiunti. Nell'allegato 1 di tale decreto è presente la versione 24, i pesi relativi e i valori soglia per l'identificazione dei casi anomali associati ai raggruppamenti omogenei di diagnosi. Ad ogni DRG, infatti, è associato un peso che quantifica l'assorbimento di risorse dei ricoveri per quel gruppo di diagnosi e un valore soglia che è espresso in giorni identificando la soglia massima di giorni di degenza per quel gruppo di diagnosi.

Ogni DRG è attribuito da un *software* (*DRG-Groupen*) sulla base di una particolare serie di dati, che fanno parte del debito informativo del flusso delle schede di dimissione ospedaliera, compilate dal medico responsabile della dimissione di ogni paziente. All'interno del sistema DRG le diverse categorie diagnostiche sono indicate con un codice numerico MDC (*Major Diagnostic Categories*) e forniscono un raggruppamento ulteriore dei DRG in classi diagnostiche. Per ogni DRG, in Italia, esiste anche l'indicazione del tipo di raggruppamento: "C" per i DRG chirurgici e "M" per quelli medici.

Tutte le informazioni relative alle diagnosi e agli interventi e procedure così codificate e così raggruppate devono essere registrate nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e trasmesse agli organi di governo ai vari livelli (locale, regionale e nazionale). Esistono linee guida regionali per la compilazione della SDO e differenze nell'applicazione di tale sistema. Inoltre, le modifiche introdotte nella classificazione delle diagnosi e delle procedure hanno comportato numerose difficoltà per i medici ospedalieri che devono compilare le schede, sia nell'interpretazione delle codifiche, sia nella scelta delle priorità da attribuire alle diagnosi.

5. Istituiti il 30 luglio 1965 come emendamento del *Social Security Act* sono due programmi con finalità differenti. Il primo è un programma federale che provvede a fornire aiuti agli individui con reddito basso, il secondo, invece, è un programma di assistenza sanitaria rivolto a cittadini anziani, di età uguale o superiore a sessantacinque anni.

4. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Le strutture di ricovero pubbliche e private che erogano assistenza a carico del SSN sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito, ossia secondo un *budget*, definito in appositi accordi contrattuali. I contratti indicano il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare e il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate. Il *budget* rappresenta uno strumento fondamentale per la programmazione e per il controllo della spesa sanitaria da parte delle ASL e delle regioni. L'ammontare globale è calcolato applicando i valori tariffari e gli importi per il finanziamento delle funzioni assistenziali.

Le regole che definiscono i meccanismi per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera sono definite nell'articolo 8-sexies del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni. Come precedentemente illustrato nel paragrafo 2, il Ministro della Sanità con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha individuato i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione da remunerare e ha definito le tariffe massime da corrispondere alle strutture che erogano le prestazioni.

Le tariffe massime ministeriali sono determinate in base a costi *standard* di produzione e di quote *standard* di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, tenuto conto di:

- costi *standard* delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del sistema informativo sanitario;
- costi *standard* delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
- tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

Con il Decreto Legge (D.L.) n. 95 del 6 luglio 2012, conosciuto come *spending review*, si stabilisce che il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, in deroga alle procedure sopra esposte, entro il 15 settembre 2012 determini le tariffe massime da corrispondere alle strutture sanitarie, al fine di garantire un quadro certo per la programmazione e di recuperare margini di inappropriatazza esistenti a livello locale e nazionale. Lo stesso D.L. stabilisce anche la determinazione delle tariffe in base ai dati di costo disponibili e in base ai tariffari regionali, solo se ritenuti congrui e adeguati.

Il 18 ottobre 2012, con Decreto del Ministero della Salute, è stata data attuazione a tali disposizioni, definendo in questo modo le nuove tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, contenute nell'allegato 1 e valide per il periodo di vigenza del decreto (28 febbraio 2013 fino al 31 dicembre 2014). Le tariffe fanno riferimento alla versione 24 dei DRG adottata con il Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 e costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero.

Esse sono articolate secondo il tipo di ricovero come segue:

- ricoveri ordinari con durata di degenza maggiore di un giorno ed entro il valore soglia;
- ricoveri ordinari con durata di degenza da 0 a 1 giorno, trasferiti o deceduti⁶;
- ricoveri ordinari con durata di degenza da 0 a 1 giorno e ricoveri diurni.

Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero; per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica al singolo accesso. Infine, viene definita la tariffa giornaliera - incremento *pro die* - per remunerare le giornate di degenza oltre il valore soglia, con riferimento ai ricoveri ordinari con durata superiore a un giorno. Le nuove tariffe massime ministeriali sono state determinate dal Ministero della Salute acquisendo il nulla osta da parte del Ministero dell'Economia e accogliendo solo parzialmente le richieste di modifica provenienti dalle regioni che, per questo motivo, hanno espresso parere negativo sulla bozza di decreto. Nel testo del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, si ricorda che è istituito un gruppo di lavoro inter-istituzionale che coinvolge i rappresentanti tecnici regionali con linee di studio e di approfondimento relative a dati e valutazioni tecniche, utili alla definizione delle tariffe.

Le tariffe ministeriali costituiscono il riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del SSN e fungono da principio di coordinamento per la finanza pubblica: gli importi tariffari fissati dalle singole regioni in misura superiore alle tariffe ministeriali restano a carico dei bilanci regionali. Per le regioni che sono in piano di rientro e che sono sottoposte a programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.

Il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 stabilisce che i criteri mediante i quali le regioni adottano i propri sistemi tariffari, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza, siano quelli previsti alle lettere (a), (b) e (c) del citato comma 5 dell'articolo 8-sexies del de D.Lgs. 502/1992. Nello stesso atto normativo si stabilisce che le tariffe regionali debbano essere articolate per classi di strutture erogatrici, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità. Le tariffe che le regioni riconoscono ai propri erogatori pubblici e privati possono inoltre essere ridotte rispetto a quelle definite dall'allegato 1 al Decreto Ministeriale, anche ai fini della promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e della riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Si prevede infine che le regioni possano definire una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi medici ad alto costo. Questo avviene solo in casi particolari e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria.

6. Si tratta di ricoveri in regime ordinario inferiori alle 24 ore che comportano il trasferimento del paziente ad altro istituto oppure di ricoveri in regime ordinario inferiori alle 24 ore durante i quali il paziente decede.

5. TARIFFA UNICA CONVENZIONALE

La Conferenza delle regioni e delle province autonome definisce annualmente l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, nel quale si determina la TUC per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Le strutture sanitarie sono finanziate dalle rispettive regioni indipendentemente dal luogo di residenza del paziente, pertanto si rende necessario compensare, tra regioni e province autonome, i costi sostenuti per i pazienti che usufruiscono delle prestazioni sanitarie al di fuori dei confini della regione di residenza.

Nell'accordo interregionale per le attività dell'anno 2012, si prevede che la valorizzazione delle prestazioni di ricovero sia effettuata con le medesime tariffe utilizzate per le attività dell'anno precedente, che erano state determinate a partire da un confronto dei tariffari regionali. Nel medesimo accordo si prevedono incrementi tariffari per specifiche classi di erogatori:

- ospedali pediatrici monospecialistici e assimilati;
- ospedali assimilabili agli ospedali "pediatrici monospecialistici";
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù;
- Istituto Ortopedico Rizzoli limitatamente ad alcune unità operative;
- aziende miste, definite come: Aziende Ospedaliere o istituti (compresi IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia; istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso l'azienda di riferimento del corrispondente ateneo.

Nella tabella 1 sono riportati i rimborsi aggiuntivi, per il riconoscimento economico di alcune protesi e procedure ad alto costo. Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici intervento o procedura o diagnosi contenuti nella tabella 1, se non espressamente indicato, si intende intervento chirurgico sia principale sia secondario (dal primo al quinto) e diagnosi sia principale sia secondaria (dalla prima alla quinta), in qualsiasi posizione venga utilizzato il codice.

Tabella 1 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			22.366,28 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0		13.500,00 €
Ombrello atriale settale	35.52		518	5.800,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 o 8	15.377,04 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €
Trapianto cellule staminali limbari (comprensivo fornitura cellule staminali)	11.59 primario 11.99 secondario	370.62 primaria v42.9 secondaria	42	14.834,46 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi aorta toracica	39.73			5.544,00 €

Per la revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, si specifica che la tariffa legata al DRG 545 è già onnicomprensiva della quota di 1.343,25 euro per la revisione di sostituzione.

Nella tabella 2 sono elencate le tariffe particolari che sono associate a specifici interventi o procedure. Si prevedono infine alcune fattispecie particolari. Per quanto riguarda il DRG 323 "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni" in regime di *day hospital* e ordinario di 0-1 giorno si ha:

- in presenza del codice procedura "98.51 Litotripsia rene uretere", in qualsiasi posizione venga codificato, la tariffa sostitutiva pari a 550 euro;
- in assenza di tale procedura la tariffa sostitutiva pari a 184 euro.

Per i DRG 409 (radioterapia) e 410 (chemioterapia), potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario, vale la seguente regola di tariffazione:

- regime di *day hospital*: le relative tariffe previste sono da intendersi per accesso;
- radioterapia DRG 409: la tariffa per ricoveri in regime ordinario di più di un giorno, in assenza di terapia con iodio e radio metaboliche individuata dai codici procedura 92.28 o 92.29, viene abbattuta del 10%.

Tabella 2 - Tariffe sostitutive, secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Tariffa sostitutiva
Gamma knife	92.32 associato a 93.59			7.750,03 €
Ciber knife	92.31			7.688,52 €
Interventi per obesità	44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91		288	4.093,38 €
Neurostimolatore spinale	03.93 associato a 86.94-86.98			9.245,38 €
Brachiterapia	92.27	v58.0		8.568,00 €
Termoablazione epatica per via percutanea	50.24		191 o 192	5.040,00 €
Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono	80.59			500,00 €
Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare		454	479	1.483,01 €

6. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa prima parte del lavoro abbiamo illustrato le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti nel contesto dei livelli essenziali di assistenza, caratterizzate dalla mancanza di una lista specifica di prestazioni – liste che invece esistono per altri ambiti assistenziali. Abbiamo descritto e riassunto il sistema di raggruppamento (DRG) e di classificazione (ICD-9-CM) delle prestazioni ai fini di definire le tariffe per il pagamento prospettico delle strutture sanitarie per questo tipo di assistenza. Abbiamo infine esaminato i contenuti dell'ultimo Decreto Ministeriale che stabilisce le tariffe massime e dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Tabella 3 - DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario

DGR	MDC	Tipo	Descrizione
6	1		Decompressione del tunnel carpale
8		C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC*
13			Sclerosi multipla e atassia cerebellare
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
36	2	C	Interventi sulla retina
38	2	C	Interventi primari sull'iride
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
42		C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
47		M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
61	3		Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
65		M	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)
70		M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
88	4		Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	5		Legatura e stripping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)
134	5	M	Ipertensione (eccetto urgenze)
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160		C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162		C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorni)
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)
187		M	Estrazioni e riparazioni dentali

* "CC" indica le complicanze

DGR	MDC	Tipo	Descrizione
189	6		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228		C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229		C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232		C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto
251			Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256		M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262		C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
266		C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268			Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
281		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
282		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)
283		M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11		Ricovero per dialisi renale
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni

DGR	MDC	Tipo	Descrizione
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503		C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564		M	Cefalea, età > 17 anni

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati Patto della salute 2010-2012 (allegato B)

Tabella 4 - Prestazioni ad alto rischio di inappropriately in regime di *day surgery*

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE incluso: impianto di lenti, visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fahico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
H R	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53,41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.7.2	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.1.1	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incuso: visita anestesiológica, anestesia, esami ematocimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati Patto della salute 2010-2012 (allegato A)

I SISTEMI TARIFFARI REGIONALI

1. PREMESSA

Lo scopo di questa seconda parte è quello di fornire le informazioni di base sui sistemi tariffari adottati nelle regioni italiane, aggiornati in base alla normativa pubblicata al 31 dicembre 2013. Per raggiungere questo obiettivo, in primo luogo, per ogni regione è stato definito un paragrafo nel quale si identificano gli atti normativi che introducono e definiscono le tariffe, descrivendone i criteri di determinazione. In secondo luogo, sono state riportate le eventuali fasce tariffarie per classi di erogatori, identificando le differenze rispetto alla tariffa base. In terzo luogo, è stata messa in evidenza un'importante caratteristica che distingue le regioni italiane tra loro: la presenza di rimborsi speciali rispetto alla tariffa base associata al DRG in corrispondenza dell'utilizzo di specifici dispositivi, di protesi o di procedure ad alto costo. Precisamente, i rimborsi speciali possono essere di tre tipi:

- **aggiuntivi** (ossia rimborsi che si sommano alla tariffa associata ai DRG);
- **tariffe sostitutive** (ossia le tariffe che sostituiscono interamente la tariffa associata ai DRG);
- **DRG per i quali esiste una suddivisione - split -** che comporta una differenziazione della tariffa.

Questi tipi di rimborso speciale possono essere adottati dalle regioni in modi diversi o in modo combinato, dando luogo a casi in cui esistono i soli rimborsi aggiuntivi; le sole tariffe sostitutive; o queste due forme insieme; i rimborsi aggiuntivi e i DRG *split*.

2. ABRUZZO

Il 6 marzo del 2007 la regione Abruzzo ha siglato il piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale e con decreto del Commissario ad acta (DCA) n. 84 del 9 ottobre 2013 ha approvato il nuovo programma operativo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, con decreto del Commissario ad acta n. 13 del 20 febbraio 2013 ha recepito le prescrizioni di cui al Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera, annullando il precedente tariffario regionale e rimodulando le tariffe nazionali con una riduzione del 2,35%. Le nuove tariffe regionali, quali risultano dall'allegato A al DCA n. 13/2013 sono applicate a decorrere dal 28 gennaio 2013. Il decreto n. 32 del 13 maggio 2013 integra e modifica le previsioni contenute nel decreto n. 13.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Abruzzo non si applicano differenziazioni tariffarie per classi di erogatori. Al momento dell'approvazione del tariffario, erano in corso di svolgimento le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie, pertanto non sono state previste fasce tariffarie che tengono conto delle caratteristiche organizzative e della complessità dell'attività svolta nelle differenti strutture erogatrici.

RIMBORSI SPECIALI

In Abruzzo non sono previste forme di rimborso speciale, né rimborsi aggiuntivi, né tariffe sostitutive per particolari dispositivi medici o procedure.

3. BASILICATA

Con la deliberazione della giunta regionale (DGR) n. 463 del 15 maggio 2013 la regione Basilicata ha recepito le prescrizioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera e ha approvato il tariffario regionale, quale risulta dall'allegato 1, valido a partire dal 12 febbraio 2013.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Basilicata non si applicano differenziazioni tariffarie per i diversi tipi di strutture sanitarie.

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 5 sono elencate le protesi e le procedure per le quali è previsto un rimborso aggiuntivo rispetto alla tariffa associata al corrispondente DRG, ai sensi dell'allegato 2 della DGR n. 463/2013. Ogni qualvolta sulla SDO vengano segnalati i codici di intervento o procedura e di diagnosi (riportati nella tabella 5), vengono applicati i rimborsi aggiuntivi corrispondenti. Tali codici vengono considerati validi per l'assegnazione del rimborso aggiuntivo, indipendentemente dalla posizione che occupano, ossia quando si tratta di un intervento chirurgico primario o secondario e quando si tratta di diagnosi principale o secondaria.

Tabella 5 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/ procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare	32.2-35.9 associato a 37.22 o 38.91			8.000,00 €
Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica trans apicale	35.21 associato a 37.11 o 37.22 o 38.91			8.000,00 €
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			22.366,28 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0		13.500,00 €
Ombrello atriale settale	35.52		518	5.800,00 €
Parto vaginale indolore	03.91		372 o 373 o 374 o 375	600,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 e 8	15.377,04 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Trapianto cellule staminali limbari (comprensivo fornitura cellule staminali)	11.59 primario 11.99 secondario	370.62 primaria v42.9 secondaria	42	1.4834,46 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi aorta toracica	39.73			5.544,00 €

Solo nel caso della revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, si specifica che la tariffa legata al DRG 545 è già omnicomprensiva della quota di 1.343,25 euro. Nella tabella 6 sono elencate le procedure per le quali è prevista una tariffa particolare per episodio di ricovero.

Tabella 6 - Tariffe sostitutive, secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Tariffa sostitutiva
Gamma knife	92.32 associato a 93.59			7.750,03 €
Ciber knife	92.31			7.688,52 €
Interventi per obesità	44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91		288	4.093,38 €
Neurostimolatore spinale	03.93 associato a 86.94 e 86.98			9.245,38 €
Brachiterapia	92.27	V58.0		8.568,00 €
Termoablazione epatica per via percutanea	50.24		191 o 192	5.040,00 €
Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono	80.59	454 principale	479	500,00 €
Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare				1.483,01 €
Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	98.51			550,00 €

Per i DRG 409 – radioterapia – e 410 – chemioterapia – potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario, vale la seguente regola di tariffazione:

- regime di *day hospital*: le tariffe previste sono da intendersi per accesso;
- radioterapia DRG 409: la tariffa per ricoveri in regime ordinario maggiori di un giorno viene abbattuta del 10%, solo ed esclusivamente in assenza di terapia con iodio e radio metaboliche individuata dai codici procedura 92.28 o 92.29.

4. CALABRIA

La regione Calabria ha sottoscritto il piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria il 17 dicembre 2009, di durata triennale, per il periodo 2010-2012. La deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta. A dicembre 2013 è stata esaminata la nuova bozza di programma operativo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, con il decreto del Commissario ad acta n. 19 dell'11 febbraio 2013 è stato stabilito che, a decorrere dal 12 febbraio 2013 e fino alla data del 31 dicembre 2014, le tariffe massime da applicare alle strutture sanitarie sono quelle stabilite dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. Pertanto, sono stati revocati i precedenti provvedimenti regionali emanati in merito alla remunerazione delle attività di ricovero.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Calabria non si applicano differenziazioni tariffarie per classi di erogatori.

RIMBORSI SPECIALI

Il decreto del Commissario ad acta n.19 del 2013 revoca i precedenti atti regionali che prevedono rimborsi aggiuntivi alla tariffa DRG per protesi o procedure.

5. CAMPANIA

La regione Campania nel marzo 2007 ha siglato il piano di rientro e ha in seguito approvato il programma operativo 2011-2012; nel mese di ottobre 2013 ha inviato una nuova bozza del programma operativo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, con il decreto del Commissario ad acta n. 32 del 27 marzo 2013, la Campania ha adottato le tariffe massime ministeriali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera stabilite dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, valide dal 12 febbraio 2013.

FASCE TARIFFARIE

Il decreto n. 32 del 27 marzo 2013 conferma la vigente articolazione delle fasce tariffarie per classi di erogatori, previste nei precedenti atti normativi:

- la DGR 7269 del 2001 che individua le modalità di remunerazione per fasce delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate;

- il DCA n. 61 del 2011 e il DCA n. 66 del 2012 che individuano i meccanismi di remunerazione per fasce delle strutture private che erogano prestazioni di ricovero per acuti.

Nella tabella 7 sono elencate le fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base.

Tabella 7 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
AO, AOP, IRCCS	1	100%	
Presidi pubblici sede di DEA e PSA e Strutture private ex fascia A	2	95%	-5%
Presidi pubblici senza DEA o PSA e Strutture private ex fascia B	3	90%	-10%
Strutture private ex fascia C	4	78%	-22%
Strutture private ex fascia D	5	68%	-32%
Strutture private ex fascia A	6	100% per i DRG cardiocirurgici o nefro-urologico-oncologici a elevata complessità; 90% per i restanti casi	0%; -10%

RIMBORSI SPECIALI

In Campania non sono previsti rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe che remunerano i DRG.

6. EMILIA ROMAGNA

La regione Emilia Romagna con la deliberazione della giunta regionale n. 525 del 29 aprile 2013 determina le tariffe valide dall'1 gennaio 2013 per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. I valori assunti come riferimento sono le tariffe massime ministeriali contenute nel Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. Nell'allegato 2 sono elencati i casi particolari e le regole di applicazione del tariffario regionale. Per i DRG medici, ad eccezione del 373, la remunerazione del ricovero ordinario di un giorno è pari a 220 euro e la tariffa forfettaria per i ricoveri diurni con meno di tre accessi è pari a 124,47 euro; per i *day hospital* con più di quattro accessi la tariffa è differente e corrisponde a circa il 75% di quella per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Emilia Romagna le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti sono articolate su tre livelli coerenti con la struttura

dei costi di produzione. L'allegato n.1 della DGR n. 525/2013 classifica le strutture pubbliche e private sulla base di tre criteri:

- la complessità della casistica trattata;
- la dimensione del presidio;
- la presenza del dipartimento di emergenza-urgenza.

Nella tabella 8 sono elencate le fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori e il rimborso rispetto alla tariffa base. Alle Aziende Ospedaliero Universitarie (A.O.U.) e all'Istituto Ortopedico Rizzoli (I.O.R.), si riconosce il 103% della tariffa nazionale, mentre alle restanti strutture con più di 300 posti letto e con la presenza di DEA di secondo livello si applica la tariffa ministeriale piena. Agli ospedali classificati nella fascia "B" si applica la tariffa ministeriale abbattuta del 5% e alle strutture classificate nella fascia "C" si applicano le tariffe ministeriali ridotte di una percentuale variabile, come riportato nella tabella 8.

Tabella 8 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
A.O.U e I.O.R.	A1	103%	+3%
Ospedali > 300 posti letto e DEA di II livello	A2	100%	
Ospedali 150-300 posti letto e DEA di I livello o PS con rianimazione / terapia intensiva	B	95%	-5%
Ospedali < 150 posti letto con PS o PPI	C	Rimodulazione in riduzione	n.d.

RIMBORSI SPECIALI

Nell'allegato 5 della DGR 525/2013 sono elencati i rimborsi aggiuntivi alla tariffa a parziale copertura del costo di alcune protesi e nell'allegato 2 sono indicati gli incrementi riconosciuti agli ospedali classificati nella fascia "A" per alcuni ricoveri ordinari ortopedici ad alta complessità con costi di produzione particolarmente elevati, in corrispondenza di specifici interventi chirurgici e diagnosi principali di dimissione. Entrambi i tipi sono elencati nella tabella 9.

Tabella 9 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla	81.80 o 81.81			2.000,00 €
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	da 81.04 a 81.08	754.2 o da 737.30 a 737.43		2.324,06 €
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	da 81.04 a 81.08 più 78.09	754.2 o da 737.30 a 737.43		2.685,58 €
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	da 81.01 a 81.03			774,69 €
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	da 81.01 a 81.03 e 78.09			1.187,85 €
Protesi sfinteriche urinarie	58.93			4.131,65 €
Protesi endoaortiche	39.71 o 39.73	441.xx principale		5.254,00 €
Riparazione di difetto del setto interatriale	35.52 associato a	518		7.236,00 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0 o 333.1 o 333.6 o da 333.8 a 333.89		16.010,16 €
Pompa per infusione intratecale				1.807,60 €
Protesi metacarpale o metacarpofalangea	81.71 o 81.74			1.804,00 €
Protesi biliari	51.87			413,16 €
Protesi mammaria e inserzione di espansore	85.95 o 85.53 o 85.54			878,00 € 1.317,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 e 8	15.000,00 €
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			21.474,27 €
Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari		da 170.1 a 170.9		7.633,23 €
Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli		da 171.2 a 171.9		7.633,23 €

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Correzione di piede torto	83.84			2.127,80 €
Chirurgia della mano	82.57 o 82.56 e/o 83.19, 83.85	728.85 principale 342.1 o 344.0 secondaria		3.553,50 €
Chirurgia della mano - interventi sulla mano per traumatismi (interventi di reimpianto)*	84.21 o 84.22	885.0 o 885.1 o 886.1 principale	441	5.047,00 €

* In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura viene ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2.000 euro alla tariffa per ogni reimpianto oltre il primo.

Nell'allegato 2 sono indicate le tariffe sostitutive per caso trattato, riconosciute in corrispondenza di specifici codici di intervento o procedura, di diagnosi e DRG, come riportato nella tabella 10.

Tabella 10 - Tariffe sostitutive, secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Tariffa sostitutiva
Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni (solo ricoveri di 1 giorno e diurni)	98.51		323	1.130,66 €
Brachiterapia e terapia radiometabolica	92.27 o 92.28	V58.0		8.500,00 €
Neurostimolatore spinale, impianto o sostituzione elettrodo	03.93			4.000,00 €
Neurostimolatore spinale, impianto o sostituzione di generatore di impulsi	86.96			6.172,00 €
Termoablazione epatica per via percutanea	50.24		191 o 192	5.040,00 €
Discolisi con tecnica laser, radiofrequenza o altra tecnica	80.59			500,00 €
Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare		454 principale	479	1.668,60 €

Per i DRG 541 e 542, infine, è prevista una tariffa differenziata a seconda della durata di degenza, come riportato nella tabella 11.

Tabella 11 - DRG per i quali si prevede una suddivisione (DRG split), secondo la descrizione, il criterio di suddivisione e la tariffa

DRG	Descrizione	Criterio	Tariffa
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheotomia 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 21-30 giorni	41.726,00 €
		Degenza > 30 giorni	46.607,00 €
542	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 21-30 giorni	28.657,00 €
		Degenza > 30 giorni	32.009,00 €

Per il DRG 409, gli accessi in *day hospital* sono valorizzati con una tariffa pari a 310 euro, mentre per i DRG 410 e 492, per questo tipo di accessi, sono previsti due possibili rimborsi: 400 euro se si eseguono le procedure definite come "pesanti", riportate nell'allegato 2 al punto 13; 70 euro se si eseguono procedure differenti.

7. FRIULI VENEZIA GIULIA

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate nella regione Friuli Venezia Giulia sono definite nella deliberazione della giunta regionale n. 1535 del 3 luglio 2009. Nell'allegato 7 sono elencati i DRG remunerati con la tariffa del ricovero ordinario se la durata della degenza in regime ordinario è inferiore a 48 ore o se il ricovero avviene in *day hospital*, indipendentemente dal numero degli accessi.

FASCE TARIFFARIE

Nella DGR 1535/2009 si mantiene la classificazione delle strutture regionali di ricovero già in vigore ai fini della remunerazione secondo le fasce "A" e "B", riportata negli allegati 1 e 2; alle strutture di fascia "A", che sono incluse nella rete di emergenza sanitaria, oppure che sono sede di attività di ricerca o di didattica universitaria si riconoscono le tariffe indicate negli allegati 3 e 4. Alle strutture di fascia "B", ossia tutte quelle che non rientrano nella precedente definizione, si applicano gli importi tariffari indicati negli allegati 5 e 6. Nella tabella 12 sono elencate le fasce tariffarie vigenti in Friuli Venezia Giulia, secondo la classe di erogatori e la percentuale di rimborso rispetto alla tariffa base.

Tabella 12 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Strutture incluse rete emergenza, con attività di ricerca o didattica universitaria	A	100%	
Strutture non rientranti nella fascia A	B	79%	-21%

RIMBORSI SPECIALI

Nell'allegato 10 alla DGR 1535/2009 sono elencati i dispositivi e le procedure che sono oggetto di remunerazione aggiuntiva rispetto alla tariffa. Nella tabella 13 sono riportati i rimborsi aggiuntivi secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG.

Tabella 13 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni*	98.51 98.52			516,00 €
Protesi mammaria monolaterale	85.53	V.10.3		775,00 €
Protesi mammaria bilaterale	85.54	V.10.3		1.550,00 €
Stimolatore cerebrale		332.00.00		16.543,00 €

* Tale incremento si ha in caso di impiego del litotritore nelle procedure utilizzate durante il *day hospital*.

8. LAZIO

La regione Lazio ha siglato il piano di rientro il 28 febbraio 2007 e con il decreto del Commissario ad acta n. 480 del 6 dicembre 2013 ha approvato il programma operativo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, il DCA 310/2013 adotta le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti previste dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e approva il tariffario regionale.

FASCE TARIFFARIE

Nel tariffario della regione Lazio non si tiene conto della classificazione degli erogatori, poiché la procedura di accreditamento istituzionale è attualmente in corso.

RIMBORSI SPECIALI

In Lazio non sono previsti rimborsi aggiuntivi o tariffe specifiche per particolari procedure o dispositivi medici.

9. LIGURIA

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti della regione Liguria sono definite nella deliberazione della giunta regionale 1970/2009, modificata e integrata dalla DGR 196/2010.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Liguria sono previsti due livelli tariffari: il primo è quello degli istituti pubblici e privati (esclusi i dimessi dai reparti pediatrici); il secondo è quello delle strutture pediatriche e dei dimessi dai reparti pediatrici (indipendentemente dall'istituto di ricovero), come indicato nella tabella 14.

Tabella 14 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Istituti pubblici e privati esclusi dimessi dai reparti pediatrici	1	100%	
Strutture pediatriche dedicate e dimessi da reparti pediatrici	2	110%	+10%

RIMBORSI SPECIALI

Nella regione Liguria non sono previsti rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe definite nella deliberazione della giunta regionale 1970/2009, modificata e integrata dalla DGR 196/2010.

10. LOMBARDIA

Il tariffario in vigore nella regione Lombardia è contenuto nella deliberazione della giunta regionale n. 937 del 2010. La DGR 1185/2013 prevede alcune modifiche, nelle more di una sistematica revisione che avverrà a partire dal 2015. In particolare, è previsto che per i dimessi dall'1 gennaio 2014 la remunerazione dei DRG 117, 125, 518, 552 e 556 avvenga mediante una tariffa unica, pari all'85% della tariffa per i ricoveri ordinari. Si stabilisce inoltre che le procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata siano da erogare prioritariamente in regime di *day surgery* anche nel caso in cui si riferiscano ad episodi assistenziali con un pernottamento. Saranno considerati ricoveri ordinari solo i casi con almeno due notti di degenza, pur prevedendo anche per essi le tariffe uniche definite nel sub allegato A.

FASCE TARIFFARIE

Secondo quanto stabilito dalla deliberazione della giunta regionale n. 12287 del 2003, aggiornata dalla DGR 9173/2009, per i casi trattati presso strutture con dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) o dipartimento di emergenza ad alta specialità (EAS), rappresentativi di una casistica complessa, si prevede un incremento del 3% rispetto alla tariffa; per le strutture dotate di pronto soccorso (PS) il rimborso è pari alla tariffa base e per le strutture senza DEA, EAS e PS si prevede un abbattimento del 3%, come indicato nella tabella 15.

Tabella 15 - Classe di erogatori, secondo la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Rimborso rispetto tariffa base	+ o - Tariffa base
Strutture con DEA o EAS	103%	+ 3%
Strutture con PS	100%	
Strutture senza DEA, EAS, PS	97%	-3%

La DGR 350/2010 riconosce delle maggiorazioni tariffarie in corrispondenza di precisi criteri:

- alle strutture pubbliche di ricovero e cura, private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia - come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia - vengono riconosciute rispettivamente secondo le fasce "A" (6%), "B" (13%), "C" (19%) e "D" (25%);
- agli IRCCS di diritto pubblico e privato, accreditati e a contratto con il SSR, vengono riconosciute rispettivamente secondo le fasce "A" (7%), "B" (14%) e "C" (19%).

RIMBORSI SPECIALI

In Lombardia i rimborsi aggiuntivi vengono riconosciuti con il decreto dirigenziale 11264/2012 in aggiunta alla tariffa e assegnati in corrispondenza di specifiche protesi, a parziale copertura dei costi, come riportato nella tabella 16.

Tabella 16 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura

Dispositivo/procedura	Rimborso aggiuntivo
Protesi d'anca - componente acetabolare, coppa (01.A)	299,00 €
Protesi d'anca - componente acetabolare, inserto (01.B)	134,00 €
Protesi d'anca - componente femorale, testa (01.C)	130,00 €
Protesi d'anca - componente femorale, stelo (01.D)	395,00 €
Stent coronarico senza rilascio di farmaco (02.A)	100,00 €
Stent coronarico a rilascio di farmaco (02.B)	387,00 €
Defibrillatore cardiaco impiantabile Monocamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie) (03.A)	3.216,00 €
Defibrillatore cardiaco impiantabile Bicamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie) (03.B)	3.873,00 €
Defibrillatore cardiaco impiantabile Tricamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie) (03.C)	4.434,00 €
Protesi del ginocchio - componente femorale (04.A)	469,00 €
Protesi del ginocchio - componente tibiale (04.B)	305,00 €
Protesi del ginocchio - inserto tibiale (04.C)	136,00 €
Protesi del ginocchio - rotula (04.D)	74,00 €
Protesi del ginocchio - rivestimento rotuleo (04.E)	70,00 €
Protesi interatriale (ad ombrellino) (05)	4.983,00 €
Impianto cocleare (06)	19.185,00 €
Neurostimolatore cerebrale profondo per la terapia del Parkinsonismo (07)	13.094,00 €
Valvola aortica impiantata per via percutanea (11-A)	19.760,00 €
Valvola polmonare impiantata per via percutanea (11-B)	19.760,00 €
Endoprotesi vascolare retta: elemento base compresa un'eventuale estensione (12)	1.815,00 €
Endoprotesi vascolare biforcata standard (13)	1.174,00 €
Endoprotesi vascolare retta: estensione aortica solo se in aggiunta alla prima estensione già ricompresa nell'elemento base (14)	990,00 €
Endoprotesi vascolare retta: estensione iliaca per biforcata controlaterale (15)	766,00 €
Endoprotesi vascolare retta: estensione iliaca per biforcata ipsilaterale (16)	633,00 €
Protesi biliari in neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas (17)	734,00 €
Protesi esofagee in neoplasie maligne dell'apparato digerente (18)	1.072,00 €
Neurostimolatore spinale impiantabile non ricaricabile (19.A)	5.590,00 €
Neurostimolatore spinale impiantabile ricaricabile (19.B)	12.803,00 €
Neuro stimolatori vagali per la terapia dell'epilessia (20)	12.555,00 €
Kit per prostatectomia radicale robotica (21)	2.095,00 €
Dispositivo per ancoraggio/coaptazione dei lembi della valvola mitralica tramite accesso percutaneo endovascolare (22)	16.640,00 €

Nel sistema lombardo, alcuni DRG, riportati nella tabella 17, hanno la particolarità di avere più di una tariffa e di essere suddivisi in base a specifici codici di intervento o diagnosi o altre caratteristiche del ricovero, in base alle quali è prevista una differenziazione tariffaria pur in presenza di un medesimo DRG. Questo sistema di suddivisione è il cosiddetto meccanismo DRG *split* precedentemente descritto.

Tabella 17 - DRG per i quali si prevede una suddivisione (DRG split), secondo la descrizione, il criterio di suddivisione e la tariffa

DRG	Descrizione	Criterio	Tariffa
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso senza CC	-	1.811,81 €
		Con cod. di interv. Principale 9230 o 9231 o 9232 o 9233 "Radiochirurgia..."	6.595,59 €
042	Interventi su strutture intra-oculari escl. retina, iride e cristallino	Tipo Tar.SDO= "N"	1.578,58 €
		Tipo Tar.SDO= "S" (con acquisto cornea banca tessuti)	2.568,57 €
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con CC	-	5.067,06 €
		tipo Tar.SDO= "U"(Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida...), solo in presenza di particolari codifiche indicate nella normativa di riferimento	6.258,25 €
077	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza CC	-	3.467,46 €
		Tipo Tar. SDO="U" (Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida...), solo in presenza di particolari codifiche indicate nella normativa di riferimento.	6.258,25 €
257	Mastectomia totale per T.M. con CC	Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfonodo sentinella)	5.539,53 €
		Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	4.824,82 €
		Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K"(esame linfonodo sentinella)	5.987,98 €
		Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	5.273,27 €
258	Mastectomia totale per T.M. senza CC	Tipo Tar. SDO = "K"(esame linfonodo sentinella)	4.168,16 €
		Tipo Tar. SDO = "L"(senza esame linfonodo sentinella)	3.454,45 €
		Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K"(esame linfonodo sentinella)	4.616,61 €
		Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	3.901,90 €
259	Mastectomia subtotale per T.M. con CC	Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfonodo sentinella)	5.309,30 €
		Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	4.616,61 €
260	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC	Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfonodo sentinella)	3.378,38 €
		Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	2.685,68 €
265	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	-	4.051,05 €
		interventi 854* (mastectomia) e 8585 (ricostruzione mammella con lembi muscolari)	-

DRG	Descrizione	Criterio	Tariffa
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	-	1.236,24 €
		interventi 854* (mastectomia) e 8585 (ricostruzione mammella con lembi muscolari)	3.782,78 €
293	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	-	3.511,51 €
		con cod. di intervento principale 92.30 o 92.31 o 92.32 o 92.33 "Radiochirurgia..."	6.272,27 €
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	-	2.234,23 €
		con cod. int. principale 98.51 "Litotripsia extra-corporea del rene, uretere e/o vescica"	2.680,68 €
346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, con CC T.M. app. riproduttivo maschile con CC	-	3.269,27 €
		intervento 60.11 (ago biopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. mapping prostatico)	1.891,89 €
347	T.M. app.riproduttivo maschile senza CC	-	3.269,27 €
		intervento 60.11 (ago biopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. mapping prostatico) tipo Tar. SDO = "N"	1.891,89 € 1.891,89 €
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	-	1.891,89 €
		cod int 688 con indicazioni di cui all'allegato 12	12.209,20 € 30.030,00 €
409	Radioterapia	-	4.253,25 €
		con Dia Pr.V580, Dia Sec 1550 e Interv.9228 radioemb.microsfere Yttrio-90...V. indicazioni allegato 12	10.010,00 €
410	Chemioterapia senza dia. Secondaria di leucemia acuta	solo per ricoveri in DO	2.298,30 €
		Tipo Tar. SDO = "I"	2.298,30 €
		Tipo Tar. SDO = "J" (rimborso del farmaco tramite file F)	2.298,30 €
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	-	933,93 €
		prelievo di midollo Dia = V593, Int = 4191 / prelievo di cellule staminali Dia = V5902, Int = 99.79	-
481	Trapianto di midollo osseo	Tipo Tar. SDO = "A" (tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	39758,72 €
		Tipo Tar. SDO = "B" (tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	44.445,40 €
		Tipo Tar. SDO = "C" (tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	87.955,87 €
		Tipo Tar. SDO = "D" (tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	101.344,24 €
518	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. Stent in arteria coron. o IMA	con Cod. Interv. 3734	5.523,52 €
		-	4.825,82 €
		con Cod. Interv. 35.96 36.09 00.66 35.52	5.402,40 €
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	-	2.502,50 €
		solo mano e piede, polso e caviglia compresi: Cod. Interv 78.64, 78.68, 80.03, 80.04, 80.07, 80.08	1.473,47 €
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	-	2.502,50 €
		solo mano e piede, polso e caviglia compresi: Cod. Interv 78.64, 78.68, 80.03, 80.04, 80.07, 80.08	1.473,47 €

DRG	Descrizione	Criterio	Tariffa
541	Ossigenazione extracorporea delle membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	Degenza Fino a 30 gg	37.123,09 €
		Degenza Superiore a 30 gg	74.247,17 €
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	Degenza Fino a 30 gg	37.123,09 €
		Degenza Superiore a 30 gg	74.247,17 €
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	con Cod. Interv. 37.34	5.523,52 €
			4.825,82 €
		Cod. Interv. 35.96, 36.09, 00.66	5.402,40 €
		con Diagn. Princ. 41011, 41021, 41031, 41041, 41051, 41061, 41081, 41091	7.773,77 €

11. MARCHE

Nella deliberazione della giunta regionale n. 1648 del 7 dicembre 2011 sono definite le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera valide dal 1 gennaio 2012. Le tariffe sono state determinate utilizzando come base di riferimento il valore della TUC per le attività 2010.

FASCE TARIFFARIE

Per la suddivisione delle strutture della regione Marche si fa riferimento alla DGR n. 1648 del 2011. Nella delibera regionale le strutture di ricovero regionali per acuti sono divise in tre classi, in base al criterio della complessità della casistica trattata. Nella tabella 18 sono elencate le fasce tariffarie previste, secondo la classe di erogatori e il rimborso rispetto alla tariffa base.

Tabella 18 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Classe A (A.O.U. Torrette)	A	120%	+20%
Classe B (A.O Marche Nord, Ospedale di rete, INRCA)	B	110%	+10%
Classe C (Ospedale di Polo, case di cura multi specialistiche)	C	100%	

RIMBORSI SPECIALI

Sempre nella stessa delibera, la DGR n. 1648 del 2011, è previsto che per i DRG ad alta complessità che prevedono l'utilizzo di protesi siano monitorati i costi reali per procedere a eventuali provvedimenti correttivi.

12. MOLISE

Con l'accordo del 27 marzo 2007, la regione Molise ha sottoscritto il piano di rientro e il 10 dicembre 2013 ha trasmesso una bozza del programma operativo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, il decreto del Commissario ad acta n.19 del 2013 approva l'aggiornamento del sistema tariffario, allineandolo alle previsioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. In particolare, si prevede di remunerare i DRG ad alta complessità con quanto previsto dalla TUC per le attività 2012 e i restanti DRG con quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. Il tariffario così determinato è contenuto nell'allegato 2.a del decreto.

FASCE TARIFFARIE

In base alle regole di applicazione del tariffario, le case di cura private, classificate come strutture di fascia "B", sono remunerate con un abbattimento del 15% rispetto alla tariffa base, come riportato nella tabella 19.

Tabella 19 - Classe di erogatori, secondo la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Tutte le strutture, escluse le case di cura private di fascia B	100%	
Case di cura privata di fascia B	85%	-15%

RIMBORSI SPECIALI

La regione Molise è una di quelle regioni in cui sono previsti sia i rimborsi aggiuntivi, sia le tariffe sostitutive. Nella tabella 20 sono indicati i tipi di protesi per le quali è riconosciuto un importo aggiuntivo rispetto alla tariffa associata al DRG, come risulta dall'allegato D del decreto. Nella tabella 21 sono indicati i dispositivi o le procedure per le quali la regione Molise prevede una tariffa particolare per episodio di ricovero.

Tabella 20 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/ procedura	Codice intervento/ procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			22.366,28 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0		13.500,00 €
Ombrello atriale settale	35.52		518	5.800,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 e 8	15.377,04 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €
Trapianto cellule staminali limbari (comprensivo fornitu- ra cellule staminali)	11.59 primario 11.99 secondario	370.62 primaria v42.9 secondaria	42	14.834,46 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi aorta toracica	39.73			5.544,00 €

Tabella 21 - Tariffe sostitutive, secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/ procedura	Codice intervento/ procedura	Codice diagnosi	DRG	Tariffa sostitutiva
Gamma knife	93.59 associato a 92.32			7.750,03 €
Ciber knife				7.688,52 €
Interventi per obesità	44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91		288	4.093,38 €
Neurostimolatore spinale	03.93 associato a 86.94 e 86.98			9.245,38 €
Brachiterapia	92.27	V58.0		8.568,00 €
Termoablazione epatica per via percutanea	50.24		191 o 192	5.040,00 €
Discolisi con tecni- ca laser o radiofre- quenza od ozono	80.59			500,00 €
Trattamento vene varicose con laser terapia endovasco- lare		454 principale	479	1.483,01 €
Calcolosi urina- ria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	98.51		323M	550,00 €

13. PIEMONTE

La regione Piemonte, a seguito della sottoscrizione del piano di rientro siglato il 29 luglio 2010, ha adeguato il proprio sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per non eccedere i valori massimi definiti dal Ministero della Salute. Con la DGR 14-6039 del 2 luglio 2013, le tariffe sono state allineate a quelle del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e sono entrate in vigore a partire dal 1 luglio 2013.

FASCE TARIFFARIE

In relazione ai criteri di accreditamento istituzionale sono confermate le differenze tariffarie già in vigore. Nella DGR sono indicate le percentuali di abbattimento in base alla classe di appartenenza della struttura erogatrice, come riportato nella tabella 22.

Tabella 22 - Classe di erogatori, secondo la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Strutture pubbliche e istituti accreditati fascia A	100%	
Istituti accreditati fascia B	92%	- 8%
Istituti accreditati fascia C	85%	-15%

Le strutture pubbliche, e tutti gli istituti accreditati che rientrano nella fascia "A", hanno un rimborso pari alla tariffa base, mentre le strutture accreditate nelle fasce "B" e "C", la tariffa è abbattuta rispettivamente dell'8% e del 15%. Inoltre, esiste un'ulteriore differenza per le strutture accreditate esclusivamente per la *day surgery* di tipo "C": se si tratta di presidi accreditati nella fascia "A" la tariffa è abbattuta del 30%; se si tratta di presidi accreditati nelle fasce "B" e "C" la tariffa è abbattuta rispettivamente di un ulteriore 8% e 15%. Infine, per le case di cura private che non hanno conseguito definitivamente l'accreditamento istituzionale, la tariffa base viene ridotta del 20% o del 22% secondo particolari requisiti riportati nella delibera.

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 23 sono indicati i tipi di protesi per le quali la regione Piemonte riconosce un importo aggiuntivo rispetto alla tariffa associata al DRG e, in corrispondenza di ognuna di esse, sono elencate le strutture autorizzate a beneficiarne, come da allegato 1 della DGR 14-6039 del 2013. Come riferimento per la determinazione di tali rimborsi è stata utilizzata la TUC per le attività 2012, ai sensi delle previsioni contenute nel Decreto Ministeriale 18/10/2012.

Tabella 23 – Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			22.366,00 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332		13.500,00 €
Ombrello atriale settale	35.52		518	5.800,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 o 8	15.377,00 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi dell'aorta toracica	39.73			5.544,00 €

Anche il Piemonte è una di quelle regioni in cui sono previsti più tipi di rimborso speciale: rimborsi aggiuntivi e tariffe sostitutive. Nella tabella 24 sono indicate le tariffe specifiche, riconosciute in corrispondenza di specifici dispositivi o procedure, come previsto dall'allegato 1 della DGR 14-6039/2013.

Tabella 24 - Tariffe sostitutive specifiche, secondo il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Tariffa sostitutiva
Neurostimolatore spinale	03.93 associato a da 86.94 a 86.98			9.245,00 €
Termoablazione epatica per via percutanea	50.24		191 o 192	5.040,00 €
Interventi per obesità	44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91		288	4.093,38 €
Gamma knife	92.32 associato a 93.59			7.750,03 €
Ciber knife	92.31			7.688,52 €
Brachiterapia	92.27	V58.0		8.568,00 €

14. PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

La provincia autonoma di Bolzano determina le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera sulla base dei costi *standard* rilevati attraverso il metodo del cosiddetto *activity based costing**. Con la deliberazione della giunta provinciale n. 1039 del 2011 sono state aggiornate le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero delle strutture di fascia "A", con la deliberazione della giunta provinciale n. 228 del 2012 quelle per le strutture di fascia "B" e con la deliberazione della giunta provinciale n. 2081 del 2011 quelle per l'assistenza indiretta.

FASCE TARIFFARIE

Gli erogatori della p.a. di Bolzano sono classificati in tre fasce, come riportato nella tabella 25 e per ognuna di esse le tariffe sono stabilite in base all'analisi dei costi rilevati per le singole prestazioni.

* L'*activity based costing* è un metodo utilizzato per il calcolo e per l'analisi dei costi di produzione che fornisce dati sui costi associati a ciascuna attività dell'azienda.

Tabella 25 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori		Rimborso rispetto alla tariffa base
Strutture pubbliche di fascia A	A	*
Strutture private convenzionate di fascia B	B	*
Strutture non convenzionate	assistenza indiretta	*

* tariffe determinate in base all'analisi dei costi

RIMBORSI SPECIALI

Nell'allegato 4 della DGP 1039/2011 sono definiti gli importi aggiuntivi riconosciuti alle strutture di fascia "A" per determinate protesi e procedure come riportato di seguito nella tabella 26.

Tabella 26 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98	49	22.366,28 €
Procedura di replicazione cellulare (interventi di cartilagine al ginocchio)	n.d.		*

* Costo effettivamente sostenuto dall'azienda, documentata da fattura del centro che ha effettuato la procedura

La DGP 2081/2011 definisce, inoltre, le tariffe massime con cui sono remunerate separatamente le protesi per le prestazioni erogate in regime di assistenza indiretta, come riportato nella tabella 27.

Tabella 27 - Importo aggiuntivo (massimo), secondo il dispositivo o procedura

Dispositivo/procedura	Importo aggiuntivo (massimo)
Protesi totale	2.712,15 €
Endoprotesi	1.356,60 €
Protesi del ginocchio	4.881,45 €
Tessuti di trapianto	1.084,65 €
Protesi lantari	100% prezzo protesi

15. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti nella provincia autonoma di Trento sono definite dalla deliberazione della giunta provinciale n. 936 del 2012, modificata e integrata dalla deliberazione della giunta provinciale n. 2961 del 2012. Le tariffe di degenza ordinaria e di degenza in regime diurno dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza sono allineate alla TUC per le attività dell'anno 2011.

FASCE TARIFFARIE

La deliberazione della giunta provinciale n. 2961 del 2012 conferma i livelli tariffari stabiliti con la precedente DGP 936/2012, come riportato nella tabella 28. Per i ricoveri ordinari sono previsti l'incremento del 130% rispetto alla tariffa base per l'ospedale di Trento, del 119% per l'ospedale di Rovereto e del 5% per tutte le altre strutture.

Tabella 28 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - alla tariffa base
Ospedale di Trento (S. Chiara, Villa Igea, Villa Rosa, S. Giovanni)	1	130%	+30%
Ospedale di Rovereto (S. Maria del Carmine, Ala)	2	119%	+19%
Ospedali di zona e strutture private accreditate	3	105%	+5%

RIMBORSI SPECIALI

La deliberazione della giunta provinciale n. 2961 del 2012 conferma la DGP n. 936 del 2012, mantenendo il rimborso aggiuntivo per l'impianto di protesi cocleare come segue: il dispositivo è la protesi cocleare, il DRG è il 49, il rimborso aggiuntivo è pari a 23.442,75 euro.

16. PUGLIA

La regione Puglia ha stipulato il piano di rientro il 29 novembre 2010 e nel mese di dicembre 2013 ha trasmesso una nuova bozza di programma operativo 2013-2015. Con la deliberazione della giunta regionale n. 951 del 2013, in esecuzione del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, è stato approvato il tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Nell'allegato A della delibera sono riportate le tariffe massime di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti.

FASCE TARIFFARIE

Le tariffe sono applicate al 100% per le Aziende ospedaliere (AA.OO.), per gli IRCCS pubblici, per gli Enti Ecclesiastici e per l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. Per gli ospedali, gli IRCCS privati e le case di cura private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG è determinata in base alla classificazione delle strutture, secondo le loro ca-

ratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento, secondo quanto riportato nella tabella 29.

Tabella 29 - Classe di erogatori, secondo la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
AA.OO., IRCCS pubblici, enti ecclesiastici, IRCCS casa sollievo della sofferenza	100%	
Ospedali, IRCCS privati, case di cura private, di classe A	98%	-2%
Ospedali, IRCCS privati, case di cura private di classe B	92%	-8%
Ospedali, IRCCS privati, case di cura private di classe C	85%	-15%

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 30 sono indicati i tipi di protesi per le quali la regione Puglia riconosce un importo aggiuntivo rispetto alla tariffa associata a un determinato DRG, come specificato nell'allegato A della deliberazione della giunta regionale n. 951 del 2013.

Tabella 30 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			22.366,28 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0		13.500,00 €
Ombrello atriale settale	35.52		518	5.800,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 e 8	15.377,04 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €
Trapianto cellule staminali limbari (comprensivo fornitura cellule staminali)	11.59 primario o 11.99 secondario	370.62 primaria o v42.9 secondaria	42	14834,46 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi aorta toracica	39.73			5.544,00 €

17. SARDEGNA

Per quanto concerne la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, il tariffario in vigore in Sardegna è contenuto nella deliberazione della giunta regionale 9-3 del 2005. Le tariffe associate ai DRG che sono stati introdotti o modificati con la versione 19 sono definite nell'allegato 1 della DGR 60-26 del 2008. Le tariffe associate ai DRG che sono stati introdotti o modificati con la versione 24 sono contenute nella delibera della giunta regionale 14-04 del 2009.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Sardegna non sono previste differenziazioni tariffarie per diversi tipi di strutture sanitarie.

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 31 sono indicati i dispositivi o le procedure per i quali è previsto un rimborso aggiuntivo rispetto alla tariffa base, come stabilito dalla DGR 60-26 del 2008.

Tabella 31 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Altri interventi sul sistema cardiovascolare	35.52		108	5.000,00 €
Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	81.53 e 81.55			1.300,00 €
Protesi cocleare	20.96 o 20.97 o 20.98			21.474,00 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0		16.010,16 €

18. SICILIA

La regione Sicilia ha siglato il piano di rientro il 31 luglio 2007 e nel mese di novembre ha trasmesso una nuova bozza del programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015. Al fine di adeguare il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con il decreto assessorile n. 923 del 14 maggio 2013, sono state adottate le tariffe ministeriali contenute nel Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

FASCE TARIFFARIE

Nel decreto assessorile del 3 agosto 2012, sono specificate le fasce tariffarie definite per classe di erogatori, per le quali sono previste percentuali di abbattimento rispetto alla tariffa base, come riportato nella tabella 32.

Tabella 32 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Strutture sanitarie pubbliche e private	A	100%	
Strutture sanitarie pubbliche e private	B	98,50%	-1,5%
Strutture sanitarie pubbliche e private	C	94,50%	-5,5%

RIMBORSI SPECIALI

Nel decreto assessorile n. 923 del 14 maggio 2013 si stabilisce che i rimborsi aggiuntivi precedentemente previsti non sono più validi a partire dal 1 giugno 2013.

19. TOSCANA

L'ultimo tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera approvato dalla regione Toscana è contenuto nella deliberazione della giunta regionale n. 1184 del 2008. Il metodo di definizione di tali tariffe è basato su un'analisi dei costi di un campione di strutture sanitarie regionali che si è conclusa per la prima volta nel 1995 e alla quale sono state apportate modifiche nel corso del tempo.

FASCE TARIFFARIE

La deliberazione della giunta regionale n. 1184 del 2008 classifica i presidi di ricovero sulla base della complessità organizzativa e dei casi trattati. I presidi che operano in regime di emergenza o di urgenza hanno un rimborso pari alla tariffa base, mentre per i presidi che operano in regime di elezione programmata è prevista la tariffa base abbattuta del 12%, così come indicato nella tabella 33. Ai presidi di riferimento di Area Vasta per funzioni operative regionali, si applica la tariffa base per tutti i DRG, ad esclusione di quelli ad alta complessità, per i quali è previsto un incremento del 3% rispetto alla tariffa base.

Tabella 33 - Fasce tariffarie, secondo la classe di erogatori, la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Fascia tariffaria	Rimborso rispetto alla tariffa base	+ o - rispetto alla tariffa base
Presidi che operano in regime di emergenza urgenza	1	100%	
Presidi che operano in regime di elezione programmata	2	88%	-12%
Presidi di riferimento di Area Vasta		103% DRG alta complessità; 100% tutti gli altri DRG	+3%; 0%

RIMBORSI SPECIALI

La deliberazione della giunta regionale n. 442 del 2010 integra e modifica il tariffario per quanto concerne i DRG 49 e 55, prevedendo tariffe specifiche. Come riportato nella tabella 34, le tariffe sostitutive per i DRG 49 e 55 variano a seconda del tipo di dispositivo, intervento o procedura impiegati. Si specifica inoltre che tali importi sono riconosciuti solo alle strutture di riferimento di Area Vasta, poiché si tratta di attività altamente specialistiche.

Tabella 34 - Tariffe sostitutive, secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/ procedura	DRG	Tariffa sostitutiva
Interventi maggiori sul capo e sul collo		49	7.163,00 €
Interventi maggiori sul capo e sul collo	20.96, 20.97 e 20.98	49	28.632,00 €
Interventi maggiori sul capo e sul collo - intervento bilaterale.	20.96, 20.97 e 20.98	49	48.173,00 €
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola		55	1.842,00 €
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	20.95	55	10.342,00 €

20. UMBRIA

La regione Umbria, con la deliberazione della giunta regionale n. 957 del 2013, stabilisce l'adozione delle tariffe ministeriali contenute nel Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 a partire dal 1 settembre 2013.

FASCE TARIFFARIE

Nella DGR 957/2013 si stabilisce che le tariffe si applicano a tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività. In Umbria, quindi, non sono previste fasce tariffarie per classe di erogatori.

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 35 sono indicati i tipi di protesi per le quali la regione Umbria riconosce un importo aggiuntivo rispetto alla tariffa associata a determinati DRG, come stabilito nella deliberazione della giunta regionale n. 957 del 2013.

Tabella 35 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Ombrello atriale settale	35.52	518		5.800,00 €
Neurostimolatore vagale	04.92	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51	7 e 8	15.377,04 €
Pompe di infusione totalmente impiantabile	86.06			3.500,00 €
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	20.95		55	8.568,00 €
Protesi aorta addominale	39.71			3.528,00 €
Protesi aorta toracica	39.73			5.544,00 €

21. VALLE D'AOSTA

La regione Valle d'Aosta con la deliberazione della giunta regionale n. 427 del 2013 approva il tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera, adottando gli importi previsti dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

FASCE TARIFFARIE

Secondo quanto previsto dalla deliberazione della giunta regionale n. 427 del 2013, le due strutture di ricovero presenti sul territorio della Valle d'Aosta sono suddivise in due classi: la classe "A", alla quale appartiene l'Ospedale regionale, dotato di servizi di pronto soccorso, rianimazione, terapia intensiva, diagnostica strumentale e di laboratorio 24 ore su 24; la classe "B", alla quale appartiene l'Istituto clinico della Valle d'Aosta, il quale non garantisce i servizi dell'Ospedale regionale. Alla struttura di classe "A" viene riconosciuta la tariffa base; per la struttura di classe "B", invece, è previsto un abbattimento della tariffa base pari al 7%, come riportato nella tabella 36.

Tabella 36 - Classe di erogatori, secondo la percentuale di rimborso e di maggiorazione o diminuzione rispetto alla tariffa base

Classe di erogatori	Rimborso rispetto tariffa base	+ o - Tariffa base
Classe A - Ospedale regionale	100%	
Classe B - Istituto clinico Valle D'Aosta	93%	- 7%

RIMBORSI SPECIALI

Nella regione Valle d'Aosta non sono previsti rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe.

22. VENETO

Con la deliberazione della giunta regionale n. 442 del 10 aprile 2013 vengono confermate le tariffe per le prestazioni di ricovero contenute nella DGR 1805/2011, ritenendole già in linea con quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

FASCE TARIFFARIE

Nella regione Veneto non sono previste fasce tariffarie per classe di erogatori, tuttavia nella DGR 442/2013 viene individuata la necessità di procedere in futuro a una classificazione degli erogatori anche ai fini della remunerazione.

RIMBORSI SPECIALI

Nella tabella 37 sono indicati i tipi di protesi per le quali la regione Veneto riconosce un importo aggiuntivo rispetto alla tariffa associata al DRG, come indicato nell'allegato a della deliberazione della giunta regionale 437/2012.

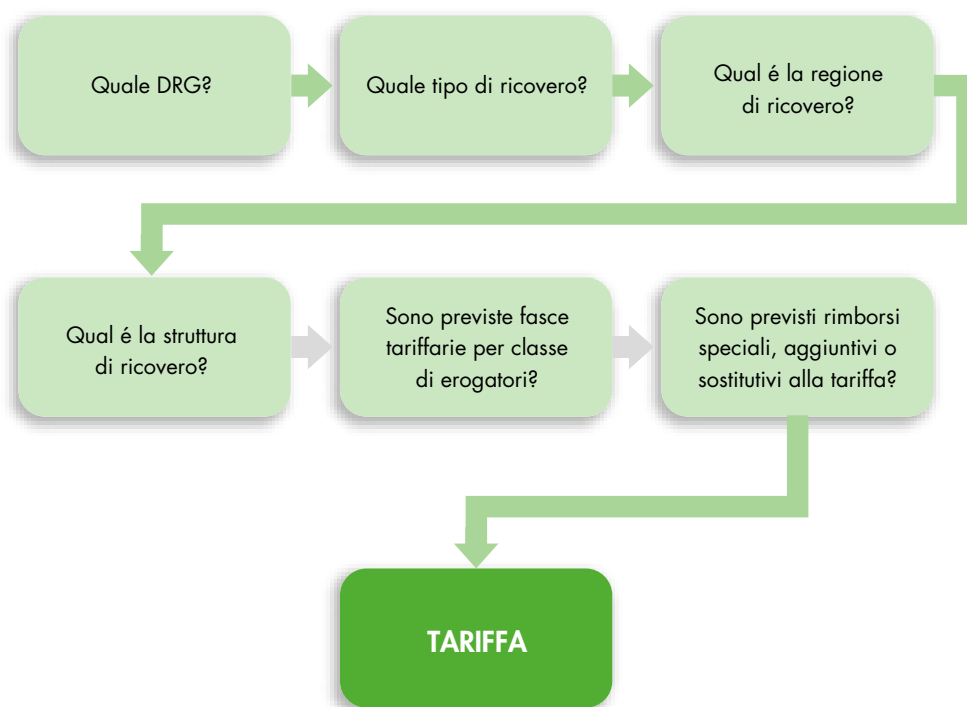
Tabella 37 - Rimborsi aggiuntivi rispetto alle tariffe (determinate secondo le diverse fasce tariffarie), secondo il dispositivo o procedura, il codice di intervento o procedura, il codice di diagnosi e il DRG

Dispositivo/procedura	Codice intervento/procedura	Codice diagnosi	DRG	Rimborso aggiuntivo
Protesi cocleare	20.96 o 20.98		49	25.822,84 €
Stimolatore cerebrale	02.93	332.0 o 331.0	2	16.000,00 €
Ricoveri con radioterapia/ radiochirurgia stereotassica	92.31 o 92.32 associato a 93.59		8	5.336,77 €
Ricoveri con utilizzo di endoprotesi per il trattamento degli aneurismi dell'aorta addominale	39.71		111	4.300,00 €
Ricoveri con intervento di emorroidopessi, secondo la tecnica di Longo	49.49		158	700,00 €
Ricovero con impianto di protesi dell'anca o del ginocchio	da 00.70 a 00.73 o da 00.80 a 00.84		545	1.300,00 €
Ricovero con utilizzo di robot nell'atto chirurgico	da 00.31 a 00.39		149 o 569 o 335 o 353 o 359	1.500,00 €

23. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa seconda parte del lavoro abbiamo illustrato, per ogni regione, il sistema tariffario in vigore al 31 dicembre 2013. In particolare, tutte le regioni sono state descritte secondo tre fattori fondamentali: il criterio di determinazione delle tariffe; la classificazione degli erogatori ai fini della remunerazione; la presenza di rimborsi speciali. Alla luce di quanto esposto, è opportuno sottolineare quale sia la lettura corretta dei dati forniti. Se si vuole arrivare alla definizione della remunerazione teorica associata a un particolare episodio di ricovero, i passaggi logici fondamentali sono i seguenti: in primo luogo, occorre individuare il DRG; in secondo luogo, bisogna considerare il tipo di ricovero e la regione nella quale è avvenuto; in terzo luogo, occorre prestare attenzione alle percentuali di abbattimento o di incremento rispetto alla tariffa base, eventualmente previste per le diverse classi di erogatori; infine, è necessario verificare se siano previsti rimborsi speciali, legati a: codici di intervento o procedura, di diagnosi, codici DRG, dispositivi o protesi, approcci o tecniche diagnostico-terapeutiche complesse. La figura 1 rappresenta i passaggi sopra descritti in un diagramma di flusso.

Figura 1 - Diagramma di flusso per l'individuazione della remunerazione teorica associata a un particolare episodio di ricovero



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica

COMPARAZIONE REGIONALE

1. PREMESSA

Lo scopo di questa terza parte è quello di presentare in maniera sintetica e comparativa le principali caratteristiche dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera in vigore al 31 dicembre 2013. In particolare, nel primo paragrafo sono discusse le modifiche dei tariffari regionali approvate in seguito alla pubblicazione del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, suddividendo l'analisi per le regioni in piano di rientro e per quelle non affiancate dai Ministeri. Nel secondo paragrafo, si confrontano le regioni in relazione alla presenza di fasce tariffarie per classi di erogatori. Infine, nel terzo paragrafo si confrontano le regioni in base ai rimborsi speciali previsti in corrispondenza di codici di intervento o procedura, di diagnosi, codici DRG, dispositivi o protesi, approcci o tecniche diagnostico-terapeutiche complesse e ad alto costo.

2. RECEPIMENTO DELLE TARIFFE MINISTERIALI

Come descritto nella prima parte del lavoro, il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 dà seguito alle previsioni della *spending review* e stabilisce le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, determinando per la prima volta gli importi nazionali di riferimento per la remunerazione dei DRG corrispondenti alla versione 24⁷. Come discusso in dettaglio nella seconda parte di questo lavoro, in seguito alla pubblicazione del decreto molte regioni hanno modificato il proprio sistema tariffario al fine di garantire il rispetto dei nuovi valori massimi nazionali e di adeguarsi alle regole previste. Ci si riferisce, in particolare, ai criteri per la determinazione delle tariffe regionali; alla necessità di articolare le tariffe per classi di erogatori; alla possibilità di determinare rimborsi speciali rispetto alla tariffa base per coprire il costo di specifiche procedure, protesi o dispositivi medici.

Nella tabella 38, per ogni regione, è indicato l'anno di approvazione del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera in vigore al 31 dicembre 2013. Nel corso del 2013, dodici regioni hanno approvato un nuovo tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera, in particolare si tratta di: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria e Valle d'Aosta⁸. Diversamente, le province autonome di Bolzano e di Trento e le restanti regioni (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Sardegna, Toscana e Veneto) non hanno apportato modifiche sostanziali al tariffario regionale già in vigore. Un caso particolare è costituito dalla regione Veneto, che recepisce le tariffe ministeriali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ma conferma le tariffe regionali per l'assistenza ospedaliera, ritenute compatibili con le disposizioni ministeriali.

7. Il precedente decreto di determinazione delle tariffe massime ministeriali per le prestazioni di assistenza ospedaliera (Decreto Ministeriale del 12 settembre 2006) era infatti riferito alla versione 19. In seguito all'approvazione del Decreto Ministeriale 18 dicembre 2008, ciò aveva comportato la necessità per le regioni di determinare le tariffe per i DRG modificati o introdotti con la versione 24.

8. Per un confronto con gli anni precedenti, basti considerare che nell'anno precedente solamente quattro regioni e province autonome avevano modificato in maniera significativa il proprio sistema tariffario (Tamborini, Petrarca, Glorioso 2012).

Tabella 38 - Anno di approvazione delle tariffe, secondo la regione

Regione	Anno di approvazione tariffe
Abruzzo	2013
Basilicata	2013
Calabria	2013
Campania	2013
Emilia Romagna	2013
Friuli Venezia Giulia	2009
Lazio	2013
Liguria	2010
Lombardia	2010
Marche	2011
Molise	2013
Piemonte	2013
P.A. Bolzano	2012
P.A. Trento	2012
Puglia	2013
Sardegna	2009
Sicilia	2013
Toscana	2008
Umbria	2013
Valle D'Aosta	2013
Veneto	2011

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati Osservatorio tariffe Assobiomedica

Analizzando in maggior dettaglio le regioni che hanno modificato il proprio tariffario ospedaliero nel corso del 2013, si nota che tutte hanno recepito il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e adottato le tariffe massime ministeriali. In linea generale, per tutte queste regioni, vale il principio che le tariffe massime ministeriali sono sempre l'importo massimo corrisposto alle strutture pubbliche e private accreditate. L'unica eccezione a questa regola è rappresentata dal caso dell'Emilia Romagna, che riconosce un incremento tariffario del 3% alle Aziende Ospedaliero-Universitarie e all'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Nella figura 2 le regioni sono evidenziate in colore diverso in base al recepimento delle tariffe ministeriali: in colore verde scuro sono indicate quelle che hanno adottato le tariffe del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 per la remunerazione delle strutture sanitarie regionali; in colore azzurro sono indicate le regioni che hanno adattato e modificato le tariffe del Decreto Ministeriale in base alle esigenze regionali e in colore verde chiaro le regioni e province autonome che al 31 dicembre 2013 non risultano aver recepito le tariffe ministeriali.

Figura 2 - Recepimento tariffe ministeriali



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Nella figura 3 sono evidenziate in colore verde scuro le otto regioni che al 31 dicembre 2013 risultano in piano di rientro: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Tutte queste regioni nel corso del 2013 hanno approvato un nuovo tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera, in ottemperanza alle disposizioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. Si nota in particolare il caso del Piemonte che abbandona lo storico metodo dei pesi per la determinazione delle tariffe regionali. In colore azzurro sono indicate la Liguria e la Sardegna, che non risultano più affiancate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. In colore verde chiaro sono indicate le regioni che non hanno sottoscritto il piano di rientro.

Osservando congiuntamente le figure 2 e 3, si nota uno dei principali elementi di discontinuità rispetto al passato, rappresentato dall'adozione delle tariffe ministeriali anche da parte di regioni non sottoposte a piano di rientro. In particolare si fa riferimento alla Basilicata, all'Emilia Romagna, all'Umbria e alla Valle d'Aosta. Un caso particolarmente significativo è quello dell'Emilia Romagna, che dal 2013 allinea le proprie tariffe per i ricoveri per acuti a quelle ministeriali *"nell'ottica di ridurre la variabilità remunerativa tra le Regioni e per realizzare strumenti di remunerazione delle prestazioni basati su un unico sistema di riferimento indipendente dalla residenza del*

*paziente*⁹. Meritano una menzione particolare anche i casi della regione Umbria, che aveva elaborato il precedente tariffario sulla base dell'analisi dei costi di produzione delle strutture regionali, e della Basilicata, che in passato utilizzava la TUC come base di riferimento per il proprio tariffario.

In conclusione, si può notare come nel corso del 2013 nessuna regione o provincia autonoma abbia adottato un nuovo tariffario per le prestazioni ospedaliere basato su un'analisi dei costi e come si sia ridotto il numero di regioni che utilizzano un tariffario determinato in base all'analisi dei costi regionali.

Figura 3 - Regioni in piano di rientro



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti da Ministero della Salute

3. LE FASCE TARIFFARIE PER CLASSI DI EROGATORI

Come descritto nella prima parte di questo lavoro, il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 stabilisce che le tariffe regionali debbano essere articolate per classi di strutture sanitarie, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità.

9. Estratto dal testo della deliberazione della giunta regionale 525/2013 che definisce le tariffe valide dal 1 gennaio 2013 per i pazienti residenti ricoverati presso strutture pubbliche e private della regione Emilia Romagna.

Tuttavia, in base dall'analisi della normativa regionale, emerge che ben sette regioni - al 31 dicembre 2013 - non prevedono differenziazioni tariffarie per classi di erogatori: Abruzzo; Basilicata; Calabria; Lazio; Sardegna; Umbria; Veneto. Bisogna sottolineare che le regioni Lazio e Veneto prevedono di definire la classificazione degli erogatori ai fini della remunerazione con futuri provvedimenti – così come stabilito negli atti che definiscono le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera descritti nella seconda parte di questo lavoro – poiché le procedure di accreditamento risultano in corso. In concomitanza con il recepimento delle tariffe ministeriali, le regioni Emilia Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta hanno modificato la classificazione delle strutture regionali, mentre le restanti regioni hanno confermato l'articolazione già prevista. Nella tabella 39 è elencato il numero di fasce tariffarie e l'intervallo di oscillazione delle tariffe per ogni regione. Quest'ultimo è dato dalla differenza tra la percentuale di rimborso base più alta e quella più bassa, rispetto alla tariffa base¹⁰. Non sono riportate nella tabella le regioni che prevedono un unico livello tariffario.

Tabella 39 - Numero di fasce tariffarie e intervallo di oscillazione delle tariffe, secondo la regione

Regione	N. complessivo di fasce	Intervallo di oscillazione
Campania	6	32%
Emilia Romagna	4	8%
Friuli Venezia Giulia	2	21%
Liguria	2	10%
Lombardia	3	6%
Marche	3	20%
Molise	2	15%
Piemonte	3	15%
P.A. Bolzano	3	-
P.A. Trento	3	25%
Puglia	4	15%
Sicilia	3	5,5%
Toscana	2	12%
Valle D'Aosta	2	7%

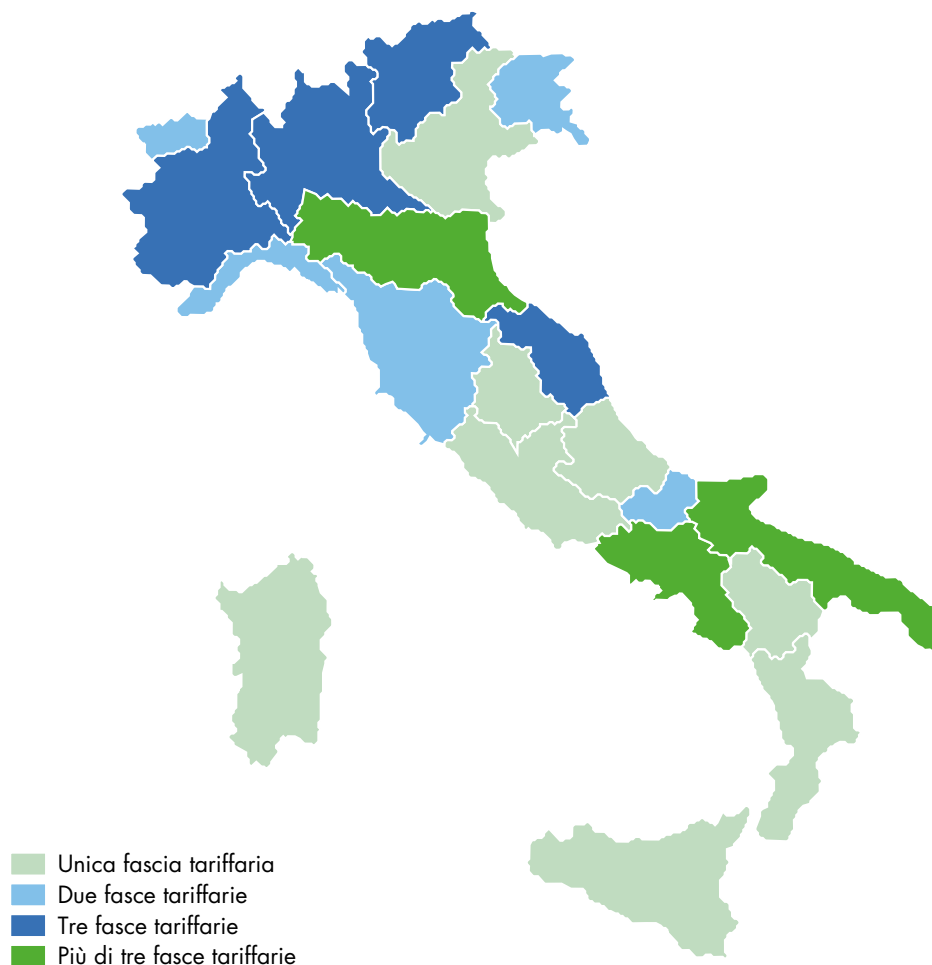
Fonte: Elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Come si può osservare, il numero di fasce varia da un minimo di due (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Toscana e Valle d'Aosta) a un massimo di sei (Campania). L'intervallo di oscillazione varia da un minimo del 5,5% (Sicilia) a un massimo del 32% (Campania).

Nella figura 4 sono indicate le regioni italiane in base al numero di fasce tariffarie previste per classi di erogatori. In colore verde chiaro sono evidenziate le regioni con un'unica fascia tariffaria, in azzurro le regioni con due fasce, in blu le regioni con tre fasce e in verde scuro le regioni con più di tre fasce.

10. Nel caso della provincia autonoma di Bolzano non è possibile definire l'intervallo di oscillazione poiché le tariffe sono definite in base ai costi rilevati per le classi di erogatori previste.

Figura 4 - Numero di fasce tariffarie per classe di erogatori



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Dall'analisi comparativa emerge che la regione che prevede il maggior numero di fasce (6) e con il più alto intervallo di oscillazione (32%) è la Campania e che solamente Campania, Emilia Romagna e Puglia presentano più di tre fasce tariffarie.

Come descritto approfonditamente nella seconda parte di questo lavoro, i criteri adottati per la classificazione delle strutture variano da regione a regione. Tra quelli principalmente utilizzati ci sono:

- natura pubblica o privata dell'istituto;
- numero di posti letto;
- complessità della casistica trattata;
- presenza di dipartimento di emergenza e urgenza;
- sede di attività didattica o di ricerca.

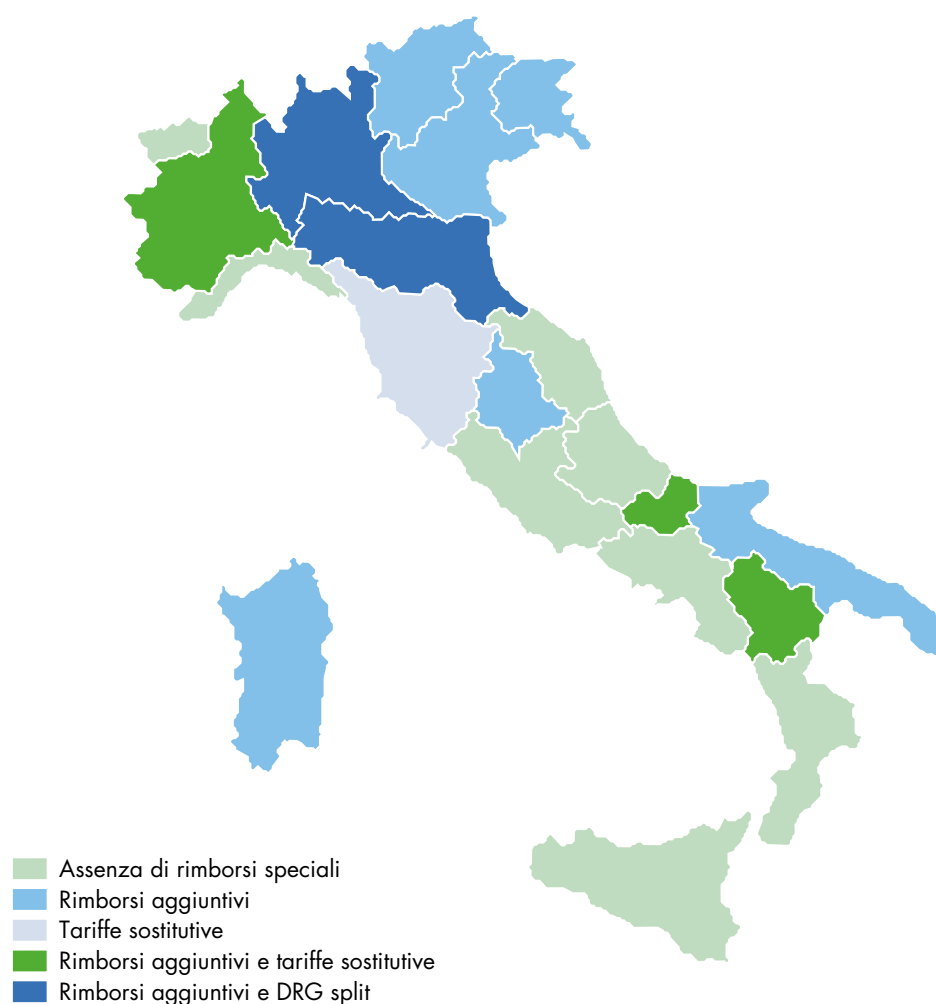
In ultima analisi, occorre ricordare che, oltre al finanziamento a tariffa, alcuni dei criteri elencati sono utilizzati dalle regioni anche per determinare il finanziamento per funzione delle strutture sanitarie.

4. I RIMBORSI SPECIALI PER PROTESI, DISPOSITIVI O PROCEDURE

Come descritto nella prima parte di questo lavoro, il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 prevede che le regioni possano introdurre una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi specificatamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di dispositivi ad alto costo ed esclusivamente in alcuni casi specifici individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria.

A questo proposito si può notare come Molise, Piemonte, Puglia e Umbria, nel recepire le tariffe ministeriali, abbiano introdotto nel proprio sistema tariffario anche i rimborsi aggiuntivi previsti dalla TUC. In Basilicata si utilizza da tempo la TUC come base di riferimento per determinare rimborsi speciali, aggiuntivi o sostitutivi alla tariffa DRG, in corrispondenza di particolari protesi, dispositivi o procedure ad alto costo.

Figura 5 - Tipi di rimborsi speciali



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

La regione Lombardia ha mantenuto inalterato il proprio meccanismo di remunerazione regionale, che prevede numerosi rimborsi aggiuntivi alla tariffa a copertura parziale del costo delle protesi, rilevato e analizzato tramite l'apposito flusso informativo. Anche l'Emilia Romagna ha mantenuto nella sostanza la precedente impostazione regionale in merito ai rimborsi speciali, riconoscendo sia importi a incremento della tariffa sia tariffe specifiche sostitutive.

Le regioni e province autonome che non hanno significativamente modificato il proprio tariffario nel corso del 2013, quali Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Toscana, Trento e Veneto, hanno confermato i rimborsi speciali già esistenti, descritti in dettaglio nella seconda parte di questo lavoro. Al 31 dicembre 2013 otto regioni, di cui cinque in piano di rientro, non prevedono rimborsi speciali a modifica e integrazione delle tariffe corrisposte in base al DRG: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Sicilia e Valle D'Aosta.

Nella figura 5 sono rappresentate le regioni italiane secondo i tipi di rimborsi speciali previsti. In colore verde chiaro sono riportate le regioni che non prevedono rimborsi aggiuntivi alla tariffa né tariffe specifiche o suddivisioni interne al DRG; in colore azzurro sono indicate le regioni che prevedono solamente rimborsi aggiuntivi; in colore azzurro chiaro sono rappresentate le regioni che prevedono solo tariffe sostitutive; in colore verde sono riportate le regioni che prevedono sia rimborsi aggiuntivi sia sostitutivi; in colore blu le regioni che prevedono sia rimborsi aggiuntivi sia tariffe specifiche sia DRG *split*.

5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Alla luce di quanto esposto in questa terza parte, è possibile osservare che, nel corso del 2013, un numero considerevole di regioni ha modificato in modo sostanziale il proprio sistema tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera, recependo le tariffe massime ministeriali o modificandole in base alle esigenze regionali. Un elemento di novità rispetto al passato consiste nell'adozione delle tariffe massime ministeriali anche da parte di regioni non sottoposte a piano di rientro e che storicamente avevano investito nella costruzione e nella manutenzione del proprio sistema tariffario, in base ad analisi e valutazioni svolte a livello regionale. Congiuntamente a questo fenomeno, si è ridotto il numero di regioni con un proprio sistema tariffario diverso da quello ministeriale ed è diminuita notevolmente l'eterogeneità tra le regioni italiane in termini di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti. Per quanto concerne le differenziazioni tariffarie per classi di erogatori, si può notare che solo alcune regioni hanno provveduto a classificare le strutture sanitarie ai fini della remunerazione, anche in ragione del ritardo nell'implementazione dei processi di accreditamento istituzionale. Ad oggi, il numero delle fasce, l'intervallo di oscillazione e i criteri di classificazione presentano ancora una forte eterogeneità tra regioni. Infine, i rimborsi speciali sono presenti solo in alcune regioni che, nella maggior parte dei casi, adottano quelli previsti dalla TUC. Inoltre, alla data del 31 dicembre 2013, otto regioni, di cui cinque in piano di rientro, non riconoscono alcun tipo di rimborso speciale.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro è stato utile a delineare i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera attraverso un'analisi della normativa nazionale e regionale aggiornata al 31 dicembre 2013.

Nella prima parte è stata illustrata l'articolazione dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento ai ricoveri per acuti, analizzando le indicazioni nazionali in merito all'appropriatezza organizzativa. Sono stati in seguito descritti i sistemi di codifica e di classificazione delle prestazioni e i relativi meccanismi di remunerazione, in base alle previsioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale relativo alle attività 2012.

Nella seconda parte è stato descritto, per ogni regione, il sistema tariffario vigente, descrivendo: il criterio di determinazione delle tariffe; laddove prevista, la classificazione degli erogatori ai fini della remunerazione; l'eventuale presenza di rimborsi speciali per coprire il costo di procedure, tecnologie, dispositivi medici o approcci diagnostico-terapeutici complessi.

Nella terza parte sono stati discussi i sistemi tariffari regionali in chiave comparativa, mettendo in luce il fatto che le tariffe ministeriali sono state adottate da più di metà delle regioni e che nessuna regione, nel corso dell'anno, ha elaborato un nuovo tariffario in base all'analisi dei costi di produzione. In particolare, tre regioni che non sono in piano di rientro e che in precedenza avevano investito nella creazione di un tariffario regionale hanno adottato le tariffe ministeriali. Si è visto inoltre che nel corso del 2013 alcune regioni hanno modificato la classificazione delle strutture di ricovero ai fini della remunerazione e che in altri casi ciò non è stato possibile a causa della ritardata implementazione delle procedure di accreditamento. Per quanto riguarda i rimborsi speciali (aggiuntivi o sostitutivi) rispetto alla tariffa DRG, è stato descritto che alcune regioni in piano di rientro hanno adottato quelli previsti dalla TUC, mentre in altri casi sono stati eliminati quelli esistenti.

Alla luce di quanto esposto, è possibile affermare che, in seguito all'approvazione del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, l'eterogeneità delle tariffe per la remunerazione dell'assistenza ospedaliera per acuti tra regioni si è ridotta. In particolare, ciò è avvenuto poiché nel corso del 2013 dodici regioni hanno adottato le tariffe ministeriali e, allo stesso tempo, nessuna regione ha approvato un nuovo tariffario in base ai costi delle proprie strutture sanitarie. Inoltre, in merito all'articolazione delle tariffe per classi di erogatori e alla previsione di rimborsi speciali rispetto alla tariffa, in molte regioni si è verificato un allineamento rispetto a quanto previsto dalle recenti indicazioni ministeriali.

L'esame della situazione attuale ci ha permesso di evidenziare la tendenza al recepimento delle tariffe ministeriali da parte di altre regioni e, conseguentemente, una riduzione nella permanenza di sistemi tariffari definiti a livello regionale. Inoltre, è plausibile ritenere che altre regioni possano procedere alla classificazione delle strutture sanitarie ai fini della remunerazione così come all'allineamento dei rimborsi speciali rispetto a quanto previsto dalla TUC.

In conclusione, riteniamo che i prossimi passaggi fondamentali siano l'approvazione della TUC per le attività 2013, l'adozione del Patto della salute e l'avanzamento dei lavori del progetto "IT-DRG". Se tutti questi provvedimenti dovessero essere introdotti nei tempi annunciati, ci aspettiamo che le istituzioni lavorino anche a un aggiornamento delle tariffe previste dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

BIBLIOGRAFIA

Arcangeli L., Morandi I. (2010) "Le tariffe nazionali e regionali" I Quaderni di Monitor, Roma: Agenas, pp. 60-73.

Bartoli S., Cantù E. (2009) "Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto", a cura di E. Anessi Pessina, E. Cantù, L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009, Milano: EGEA, pp. 221-247.

Carbone C., Jommi C., Torbica A. (2006) "Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale focus su due casi regionali (Emilia Romagna e Lombardia)", a cura di E. Anessi Pessina, E. Cantù, L'aziendalizzazione della sanità italiana: Rapporto OASI 2006, Milano: EGEA, pp. 267-303.

Falcitelli N., Langiano T., Trabucchi M. (2010), "I Drg in Italia: un successo o un'occasione mancata?", Bologna: il Mulino.

Falcitelli N., Langiano T. (2006), "La remunerazione delle attività sanitarie. Caratteristiche attuali e ipotesi evolutive", Bologna: il Mulino.

Falcitelli N., Langiano T. (2004), "Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia", Bologna: il Mulino.

Fetter et al. (1980) "Case Mix definition by Diagnosis Related Groups", Med Care, 18, 2, pp. 1-53.

Gazzaniga P. (2003) "I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale", Analisi, 8, Milano: Centro studi Assobiomedica.

Marijke W. De Kleijn – de Vrankrijker WHO-FIC Collaborating Centre, The Netherlands (www.rivm.nl/who-fic, marijke.de.kleijn@rivm.nl).

Mazzei L. (2005) "I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Primo aggiornamento", Analisi, 9, Milano: Centro studi Assobiomedica.

Morandi I., Pieroni E., Giuliani F., Cislighi C. (2008) "Criticità delle tariffe nel SSN", Convegno annuale AIES, "I primi 30 anni di Servizio Sanitario nazionale e il contributo dell'economia sanitaria", Matera, 9-10 ottobre 2008.

Morandi I. (2008) "Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008", Roma: Agenas.

Morandi I. (2009) "Ricoveri ospedalieri – i sistemi tariffari regionali vigenti nell'anno 2009", Roma: Agenas.

Petrarca G. (2010) "I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Secondo aggiornamento", Analisi, 10, Milano: Centro studi Assobiomedica.

Scheller-Kreinsen D., Quentin W., Busse R. (2011) "DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries". *Value in Health*, 14, n. 8, pp. 1166-72.

Stefanelli C. (2010) "La codifica della scheda di dimissione ospedaliera nelle malattie del cuore e dell'apparato circolatorio", Roma: ESI.

Tamborini V., Petrarca G., Glorioso V. (2012) "I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento", *Analisi*, 16, Milano: Centro studi Assobiomedica.

Taroni F. (1996) "DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali", Roma: Il pensiero scientifico editore.

Wallingford, CT. (2006) "3M health Information System. Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Version 24.0", Center for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Service.

PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA

ANALISI

- | | |
|-------|---|
| N. 0 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Luglio 1995 |
| N. 1 | La manovra finanziaria 1997 - Febbraio 1997 |
| N. 2 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Primo aggiornamento - Maggio 1997 |
| N. 3 | Appalti pubblici di forniture al SSN - Dicembre 1997 |
| N. 4 | La manovra finanziaria 1998 - Febbraio 1998 |
| N. 5 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN. Secondo aggiornamento - Settembre 2000 |
| N. 6 | La manovra finanziaria 2001. Legge di Bilancio di previsione 2001-2003, e avvio del Federalismo fiscale - Febbraio 2001 |
| N. 7 | Cosa attende la Sanità nel triennio 2002-2004 e negli anni successivi - Gennaio 2002 |
| N. 8 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore - Settembre 2003 |
| N. 9 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore. Primo aggiornamento - Aprile 2005 |
| N. 10 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Secondo aggiornamento - Giugno 2010 |
| N. 11 | La mobilità sanitaria per la sostituzione della valvola aortica e la neurostimolazione cerebrale - Luglio 2011 |
| N. 12 | La disomogeneità nei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale tra i servizi sanitari regionali - Dicembre 2011 |
| N. 13 | Il Federalismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale - Aprile 2012 |
| N. 14 | L'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici - Settembre 2012 |
| N. 15 | Prime considerazioni sui prezzi di riferimento pubblicati dall'Avcp in data 1 Luglio 2012 - Ottobre 2012 |

- N. 16 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento - Dicembre 2012
-
- N. 17 L'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Gennaio 2013
-
- N. 18 Primo aggiornamento dell'analisi sull'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Aprile 2013
-
- N.19 Analisi della normativa sull'accesso ai dispositivi per persone con diabete. Quantitativi, prescrizione e distribuzione di dispositivi medici per l'autocontrollo e l'iniezione di insulina - Novembre 2013
-
- N. 20 Le patologie valvolari. Analisi della mobilità, complessità e appropriatezza - Marzo 2014
-
- N. 21 La renumerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliere. Analisi della normativa nazionale e regionale - Marzo 2014
-

GUIDE PRATICHE

- N. 1 Imposta di bollo. Regime degli atti e dei documenti nella fase di acquisizione di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie - Marzo 1998
-
- N. 2 Linee guida per la gestione di consulenze, convegni, congressi degli operatori della Sanità pubblica - Dicembre 1998
-
- N. 3 Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento (D.lgs. 46/97 e succ. modifiche) - Marzo 1999
-
- N. 4 Direttiva europea 98/79/CE sui dispositivi medici per diagnostica in vitro - Aprile 1999
-
- N. 5 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445: Testo unico in materia di documentazione amministrativa. (Dal documento cartaceo, al documento informatico) - Maggio 2001
-
- N. 6 Dalla Lira all'Euro. Linee guida F.A.R.E., Assobiomedica e Farindustria - Settembre 2001
-
- N. 7 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2002 n. 4445 Testo unico in materia di documentazione amministrativa. Primo aggiornamento. E-procurement le gare elettroniche delle P.A. - Dicembre 2002
-
- N. 8 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici - Marzo 2003
-

- N. 9 La Direttiva 98/79/CE sui dispositivi medico diagnostici in vitro: domande e risposte - Aprile 2004
-
- N.10 Direttiva 2004/18/CE del Parlamento e del Consiglio relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi - Luglio 2004
-
- N.11 I rapporti dell'impresa con gli operatori della Sanità pubblica: convegni, congressi, consulenze, omaggi - Febbraio 2005
-
- N.12 Rifiuti derivanti da apparecchiature elettriche ed elettroniche. Schema di decreto attuativo 2002/96/CE e 2002/95 CE (RAEE & RoHS) - Maggio 2005
-
- N.13 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro. Linee guida desunte dal documento della Commissione europea MEDDEV 2.12-1 rev. 6 (Dicembre 2009) - Gennaio 2011
-

OSSERVATORIO TECNOLOGIE

- N. 1 I dispositivi impiantabili per la Cardiolstimolazione - Ottobre 2002
-
- N. 2 La Chirurgia laparoscopica - Ottobre 2002
-
- N. 3 Protesi ortopediche. Considerazioni sulla regolamentazione, biomeccanica e materiali - Febbraio 2003
-
- N. 4 La prevenzione delle ferite accidentali da aghi e dispositivi taglienti - Aprile 2004
-
- N. 5 Medicazioni e bendaggi - Marzo 2007
-
- N. 6 Tecnologie sanitarie emergenti nel settore dei dispositivi medici - Dicembre 2011
-

STUDI

- N. 1 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie - Settembre 1996
-
- N. 2 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 1997 e anni precedenti - Marzo 1998
-
- N. 3 Osservatorio Prezzi e politiche regionali di "acquisto al prezzo minimo" - Aprile 1998
-

- N. 4 Dispositivi per Stomia - Febbraio 1999
-
- N. 5 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Primo aggiornamento - Giugno 1999
-
- N. 6 Ausili assorbenti per Incontinenza - Maggio 2000
-
- N. 7 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali - Ottobre 2000
-
- N. 8 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Secondo aggiornamento - Ottobre 2000
-
- N. 9 Protesi mammarie esterne - Novembre 2000
-
- N. 10 Dispositivi per Incontinenza e ritenzione - Maggio 2001
-
- N. 11 La Brachiterapia - Maggio 2001
-
- N. 12 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2000 e anni precedenti - Giugno 2001
-
- N. 13 Protesi mammarie esterne - Primo aggiornamento - Giugno 2001
-
- N. 14 Recepimento della direttiva 2000/35/CE e tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Novembre 2002
-
- N. 15 Il Vaccino antiallergico - Gennaio 2003
-
- N. 16 La Dialisi - Marzo 2003
-
- N. 17 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali. Primo aggiornamento - Marzo 2003
-
- N. 18 Il Vaccino antiallergico. Primo aggiornamento. L'immunoterapia allergene specifica - Settembre 2004
-
- N. 19 La crisi finanziaria del Servizio sanitario e i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Marzo 2005
-
- N. 20 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2005 e anni precedenti - Giugno 2006
-
- N. 21 Aghi e siringhe - Febbraio 2007
-
- N. 22 Lancette punge dito e aghi penna per insulina - Ottobre 2008
-
- N. 23 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2010 e anni precedenti - Marzo 2011
-
- N. 24 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2011 e anni precedenti - Aprile 2012
-

- N. 25 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2012 e anni precedenti - Marzo 2013
-
- N. 26 Le politiche pubbliche d'acquisto di dispositivi medici - Dicembre 2013
-
- N. 27 Turchia - studio realizzato dall'ufficio di Istanbul dell'ICE-agenzia, su incarico e con la collaborazione di Assobiomedica - Marzo 2014
-

TEMI DI DISCUSSIONE

- N. 1 Spesa sanitaria e mercato delle tecnologie: verso un modello previsionale - Dicembre 1996
-
- N. 2 Le proposte di Confindustria per una nuova Sanità - Settembre 1997
-
- N. 3 Scenari e tendenze per il settore delle tecnologie biomediche e diagnostiche - Ottobre 1997
-
- N. 4 Progetto Sanità Confindustria. Secondo rapporto - Gennaio 1999
-
- N. 5 L'impatto economico dell'evoluzione tecnologica: aspetti di valutazione - Febbraio 1999
-
- N. 6 E-business in Sanità - Marzo 2001
-
- N. 7 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici - Aprile 2001
-
- N. 8 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici. Primo aggiornamento - Ottobre 2002
-
- N. 9 Health Technology Assessment in Europa - Giugno 2003
-
- N. 10 Scenari per il settore della Diagnostica in vitro - Dicembre 2003
-
- N. 11 La Telemedicina: prospettive ed aspetti critici - Marzo 2005
-
- N. 12 Il mercato dei dispositivi medici. Profilo del settore ed aspetti critici. Secondo aggiornamento - Luglio 2006
-
- N. 13 Mappatura dei meccanismi di HTA regionali in Italia - Novembre 2012
-
- N. 14 Il governo dell'innovazione nel settore dei dispositivi medici - Marzo 2014
-

I dati e le informazioni di cui al presente documento possono essere trascritte da terzi alla condizione che venga citata la fonte:

Glorioso V., Piscopo C. e Tamborini V. (2014), La remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Analisi della normativa nazionale e regionale. Centro Studi Assobiomedica, Analisi N. 21, Marzo 2014.

ASSOBIO MEDICA CENTRO STUDI

Via Marostica, 1 - 20146 Milano - Tel. 02.34531165 - Fax 02.34592072

E-mail: centrostudi@assobiomedica.it
