

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 918 del 18/06/2018

Seduta Num. 26

Questo lunedì 18 **del mese di** giugno
dell' anno 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2018/947 del 07/06/2018

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI
RICOVERO OSPEDALIERO PER I DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUPS)
CHIRURGICI INCLUSI NELL'ALLEGATO 6A DEL D.P.C.M. 12 GENNAIO 2017
- MODIFICHE ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 1673/2014

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Anselmo Campagna

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'art. 8 sexies del Decreto legislativo n. 502 del 30-12-1992 e successive modificazioni che disciplina la remunerazione delle attività assistenziali delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale;
- il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135 - cosiddetto spending review - e, in particolare, l'art.15 che dispone, ai commi 15 - 19, che il Ministero della Salute determini le tariffe massime per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera, che tali tariffe costituiscono il riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime, restino a carico dei bilanci regionali;
- il Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, che dà attuazione alle disposizioni del sopra citato decreto-legge n. 95 del 2012, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;
- il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014 - e, in particolare il comma 2 dell'art. 9 "Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie", con il quale le Regioni hanno convenuto che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale prevedano la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente;
- il decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative", art. 6 comma 3, che proroga a tutto il 2016 la validità delle tariffe stabilite dal DM 18 ottobre 2012 per le strutture che erogano assistenza ospedaliera

(convertito in legge dall'art. 1 della Legge 25 febbraio 2016 n. 21);

- la legge 27 dicembre 2017, n. 205 articolo 1 comma 420, che proroga al 28 febbraio 2018 la validità delle tariffe stabilite dal DM 18 ottobre 2012 per le strutture che erogano assistenza ospedaliera;

Richiamata la propria deliberazione n. 1673 del 20 ottobre 2014, recante "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1.1.2014", con la quale, tra l'altro:

- è confermata la classificazione in Fascia A o B o C degli stabilimenti ospedalieri della Regione Emilia-Romagna, come riportato all' allegato n. 1 della deliberazione;

- sono definite le tariffe massime per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera della Regione Emilia-Romagna a decorrere dall'1.1.2014, come riportate all'allegato 3 della deliberazione;

- sono formulate specifiche tecniche per l'applicazione delle tariffe, come riportato all'allegato n. 2 della deliberazione;

- è stato adeguato l'elenco dei DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario, previsti dalla propria deliberazione n. 1890/2010, a quanto disposto dall'allegato B del Patto per la salute 2010 - 2012;

- è stato stabilito che il nuovo sistema di remunerazione si applica agli accordi contrattuali stipulati dalle articolazioni del Servizio Sanitario Regionale con le strutture pubbliche e private accreditate senza prevedere alcuna distinzione a seconda della residenza del paziente;

Richiamate inoltre le proprie deliberazioni:

- n. 2329 del 21 dicembre 2016, recante "Approvazione dell'accordo-quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018",

- n. 4 dell'11 gennaio 2017, recante "Approvazione dell'accordo-quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Hesperia Hospital Modena S.p.A. per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018;

le quali stabiliscono, tra l'altro:

- agli artt. 4 - Volumi economici - degli Accordi che qualora fossero necessarie prestazioni aggiuntive rispetto ai volumi commissionati, le stesse potranno essere concordate nei volumi e nelle tariffe, ad eccezione dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria, così come indicati nell'elenco allegato al Patto per la Salute 2010-2012, che non potranno essere oggetto di specifica committenza aggiuntiva e che

dovranno subire una riduzione tendenziale nei ricoveri pari al 20%;

- agli artt. 5 - Obbligo di Leale Cooperazione, tra gli intendimenti degli Accordi quello di consolidare il ruolo dei produttori privati, affinché sia integrato nell'ambito dei processi di riorganizzazione ospedaliera (in primis, l'applicazione del DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e della Delibera della Giunta regionale 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015);

Considerato che:

- il DPCM 29/11/01 "Definizione dei LEA", introdusse la lista di 43 DRG a elevato rischio di inappropriatazza se erogati in regime di ricovero ordinario in discipline per acuti, prevedendo l'individuazione di soglie di ammissibilità e l'obbligatorietà di controlli su tale casistica; l'attività di monitoraggio e verifica ha certamente contribuito alla conversione di quote significative di casistica dal ricovero ordinario al ricovero diurno;

- il Patto della Salute 2010-2012, già citato, ha ulteriormente ampliato la lista dei DRG potenzialmente inappropriati in regime di ricovero ordinario in discipline per acuti; la norma ha fornito una lista di 108 DRG da cui le Regioni potevano attingere per definire gli obiettivi delle Aziende, l'elenco è stato confermato nel DPCM 12 gennaio 2017 di nuova definizione dei LEA, all'allegato A;

- per gli anni 2018-2020 in tema di mobilità relativa ai ricoveri ospedalieri la "Commissione Salute" della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha avviato una valutazione finalizzata all'applicazione di un abbattimento tariffario pari al 50% per i ricoveri potenzialmente inappropriati attribuiti ai 108 DRG di cui al Patto per la salute 2010-2012.

- dal 2010 ad oggi si sono verificati molti cambiamenti nelle pratiche cliniche e organizzative e nello stesso tempo le politiche tariffarie e la programmazione sanitaria hanno contribuito alla conversione di quote significative di casistica dal ricovero ordinario al ricovero diurno;

- le azioni messe in campo a livello nazionale e regionale in questi anni, per la casistica potenzialmente inappropriata in regime ordinario in discipline per acuti, hanno portato ad un miglioramento dei livelli di appropriatezza ma la valutazione per singolo DRG e per produttore mostra ancora una notevole eterogeneità;

- per la regione Emilia-Romagna, in particolare, alcuni DRG risultano ancora critici rispetto ai seguenti parametri: tasso di ospedalizzazione e % di ricoveri in regime ordinario.

- la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Servizio Assistenza Ospedaliera ha effettuato ulteriori analisi e valutazioni tecniche aggiornate con gli ultimi dati disponibili sull'evoluzione dei ricoveri erogati da parte di tutte le strutture ospedaliere, sia pubbliche che private accreditate dell'Emilia-Romagna, e da tali analisi è emersa la necessità di rafforzare le misure atte a garantire che l'esecuzione delle prestazioni avvenga nel setting assistenziale più appropriato, cioè tale da garantire identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minor impiego di risorse, disincentivando scelte diverse;

- dall'analisi effettuata è emerso inoltre che alcuni DGR chirurgici, per maggiore frequenza e per assenza di impedimenti clinici rilevanti, risultano prioritariamente trasferibili al regime diurno;

Considerato che questa Regione ha presentato un piano di miglioramento e riqualificazione (ai sensi dell'articolo 1, comma 385 della legge 232/2016 e successivo Accordo tra Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 27 luglio 2017), indicando quale area di priorità la riduzione dei DGR ad alto rischio di inappropriately in regime ordinario, con trasferimento della casistica al regime diurno o ambulatoriale e che tale progetto è stato approvato dal Comitato Lea nella seduta del 21 settembre 2017;

Ritenuto che, in particolare i DRG ad alto rischio di inappropriately ricompresi nell'area chirurgica e definiti "prioritariamente trasferibili" in relazioni alle sopra citate analisi e ricompresi nell'elenco di cui all'allegato 1, possano essere immediatamente trasferiti ad altro setting assistenziale, a più contenuto assorbimento di risorse;

Ritenuto pertanto che il sistema tariffario regionale debba essere conseguentemente rivisto in riduzione per i DRG ricompresi nell'elenco di cui sopra, al fine di promuovere il trasferimento di setting assistenziale, operando una riduzione della tariffa per i ricoveri in degenza ordinaria di qualsiasi durata, pari al 20%, garantendo comunque una differenza minima del 5% tra tariffa in regime diurno ed in regime ordinario in favore della prima;

Visti l'art. 1, comma 574, della legge n. 208/2015, e gli artt. 39 e 41 del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", laddove si prevede che le Regioni e le Province Autonome adottino adeguate misure per incentivare la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati;

Richiamata la propria deliberazione n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. Salute

70/2015", la quale include anche, nel proprio disegno programmatico, la ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa posto letto ospedaliero, comprendendo pertanto nella propria strategia di attuazione una razionalizzazione dei DRG segnalati come critici nell'ambito della valutazione LEA;

Dato atto del percorso di informazione delle parti imprenditoriali di questa regione, e in particolare dell'avvenuta presentazione del nuovo sistema di remunerazione di cui al presente atto ad AIOP-Emilia-Romagna e Hesperia Hospital Modena S.p.A., anche ai fini di quanto previsto dagli Accordi generali di cui alle proprie deliberazioni n. 2329/2016 e n. 4/2017 all'art. 2 - Finalità dell'accordo;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, con la quale, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, la Regione Emilia-Romagna definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

- il D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG72017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 93 del 29 gennaio 2018 di "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020", ed in particolare l'allegato B) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal

D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020”;

Richiamate infine le proprie deliberazioni n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017, n. 477/2017, n. 578/2017 e n. 52/2018 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1) di identificare, tra quelli inclusi nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017, un elenco di 14 DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriately prioritariamente trasferibili al regime diurno, prevedendo al contempo la salvaguardia di alcuni interventi (MPR) giudicati a minore trasferibilità per ragioni cliniche o organizzative, così come evidenziato nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) per i DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriately inclusi nell'elenco e fatte salve le esclusioni di MPR di cui al punto precedente, si prevede un abbattimento della tariffa del 20% per i ricoveri in degenza ordinaria di qualsiasi durata, garantendo comunque una differenza minima del 5% tra tariffa in regime diurno ed in regime ordinario in favore della prima, come risulta nell'allegato 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3) di salvaguardare, per gli stessi DRG chirurgici, quanto previsto dalla propria deliberazione n. 1673/2014 nell'allegato 2, al punto 2 e al punto 4, relativamente ad integrazione della tariffa per protesi o dispositivi ad alto costo o tariffe specifiche;

4) di stabilire, in materia di mobilità infra-regionale, che le nuove tariffe per i ricoveri in degenza ordinaria, sono applicate anche per le Aziende Ospedaliere Universitarie e Istituto Ortopedico Rizzoli, mentre per le stesse strutture è salvaguardato quanto definito annualmente dalle "LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE" per la casistica non inclusa nel presente provvedimento;

5) di stabilire che quanto sopra disposto si applica agli erogatori pubblici e privati accreditati a decorrere a far data dal 1 luglio 2018;

6) di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

7) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

DRG chirurgici suscettibili di abbattimento tariffario al fine del trasferimento della casistica al regime diurno

Negli ultimi anni si sono verificati molti cambiamenti nelle pratiche cliniche e organizzative e nello stesso tempo le politiche tariffarie e le azioni messe in campo a regionale in questi anni, in merito alla casistica potenzialmente inappropriata in regime ordinario in discipline per acuti, hanno portato ad un miglioramento dei livelli di appropriatezza; nonostante questo, la valutazione per singolo DRG e per produttore mostra ancora una notevole eterogeneità. In particolare, alcuni DRG risultano ancora critici rispetto ai seguenti parametri: tasso di ospedalizzazione e % di ricoveri in regime ordinario.

Le analisi effettuate rispetto all'evoluzione dei ricoveri erogati da parte di tutte le strutture ospedaliere, sia pubbliche che private accreditate dell'Emilia-Romagna, hanno fatto emergere la necessità di rafforzare le misure atte a garantire che l'esecuzione delle prestazioni avvenga nel setting assistenziale più appropriato, cioè tale da garantire identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minor impiego di risorse, disincentivando scelte diverse.

Al fine di concentrare l'azione sulle problematiche più rilevanti e suscettibili di miglioramenti significativi, si è ritenuto utile considerare 2 parametri:

- il livello di criticità (tasso di ospedalizzazione e % di ricoveri in regime ordinario come da valutazione LEA)
- i volumi erogati dalle aziende pubbliche e private della RER

applicando la matrice che segue:

		Volumi (n.casi)		
		>1000	>50 e < 1000	<50
Criticità	Rosso	Alta priorità	Media priorità	Bassa priorità
	Giallo	Media priorità	Bassa priorità	Bassa priorità
	Verde	Media priorità	Bassa priorità	Bassa priorità

Sono stati successivamente considerati tutti i DRG chirurgici ad alta priorità di intervento (DRG 008, DRG 158, DRG 503, DRG 538).

Tra quelli a media priorità sono stati selezionati ed analizzati quelli con un significativo potenziale di "trasferibilità", attribuito quando presente una quota di ricoveri in Degenza Ordinaria di un giorno >50%, unitamente ad una percentuale di casistica erogata in regime diurno >20%.

Identificazione degli MPR suscettibili di trasferimento

Al fine di escludere casistiche specifiche che presentano maggiori difficoltà per il trasferimento al regime diurno, la stessa metodologia di selezione applicata ai DRG (DH>20% e DO1>50%) è stata replicata sui singoli MPR.

Successivamente i risultati sono stati validati mediante considerazioni di carattere clinico-organizzativo.

Di seguito l'elenco dei DRG e degli MPR identificati.

DRG prioritariamente trasferibili		
DRG	Descrizione	MPR a bassa trasferibilità
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	NESSUNO
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	11.5* Riparazione della cornea 12.81 Sutura di ferita sclerale
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	NESSUNO
119	Legatura e stripping di vene	NESSUNO
158	Interventi su ano e stoma senza CC	48.79 Altra riparazione del retto 49.01 Incisione di ascesso perianale 49.45 Legatura delle emorroidi 49.46 Asportazione delle emorroidi
169	Interventi sulla bocca senza CC	25.2 Glossectomia parziale 27.0 Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	NESSUNO
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	85.82 Innesto a spessore parziale nella mammella 85.83 Innesto a tutto spessore nella mammella 85.84 Innesto peduncolato nella mammella 85.85 ricostruzione con lembo muscolare o muscolocutaneo della mammella
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	62.3 Orchiectomia monolaterale 62.4* Orchiectomia bilaterale
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	62.3 Orchiectomia monolaterale 62.4* Orchiectomia bilaterale
342	Circoncisione, età > 17 anni	NESSUNO
343	Circoncisione, età < 18 anni	NESSUNO
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	81.42 Riparazione del ginocchio five-in-one 81.43 Riparazione della triade del ginocchio 81.44 Stabilizzazione della rotula 81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati 81.46 Altra riparazione dei legamenti collaterali
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	80.01 Artrotomia per rimozione di protesi della spalla 80.02 Artrotomia per rimozione di protesi del gomito 80.04 Artrotomia per rimozione di protesi della mano e delle dita della mano 80.06 Artrotomia per rimozione di protesi del ginocchio 80.08 Artrotomia per rimozione di protesi del piede e delle dita del piede 80.09 Artrotomia per rimozione di protesi da altra sede specificata

Casistiche a tariffa specifica previste dalla DGR 1673/2014 che possono generare DRG chirurgici inappropriati prioritariamente trasferibili

Per le casistiche che seguono si conferma l'abbattimento della tariffa DRG, mentre sono mantenuti i rimborsi aggiuntivi legati a protesi, presidi ad alto costo o casistica ad alta complessità così come previste dalla DGR 1673/2014

Dispositivi medici per cui è previsto rimborso aggiuntivo

Protesi metacarpale o metacarpofalangea (tariffa aggiuntiva € 1.804 a protesi)
81.71 o 81.74 se MDC1 DRG 8

Pompa per infusione intratecale (tariffa aggiuntiva €1.807,60) *
86.06 se MDC1 DRG 8

* solo strutture pubbliche con disciplina 49 Terapia Intensiva

Neurostimolatore vagale (tariffa aggiuntiva € 15.000) *
04.92 con diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51 DRG 8

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

Procedure per cui è previsto rimborso aggiuntivo

Chirurgia della mano (tariffa aggiuntiva € 3.553,50)

82.57 con diagnosi 342.1	MDC1	DRG 8
con diagnosi 728.85	MDC 8	DRG 229

82.56 con diagnosi 342.1	MDC1	DRG 8
con diagnosi 728.85	MDC 8	DRG 229

83.19 con diagnosi 342.1	MDC1	DRG 8
---------------------------------	------	-------

83.85 con diagnosi 342.1	MDC1	DRG 8
---------------------------------	------	-------

Altre tipologie di casistica a tariffa specifica

Brachiterapia (Tariffa per caso trattato € 8.500)
92.27 con diagnosi secondaria V58.0 se MDC1 DRG 8

Neurostimolatore Spinale o Urologico
86.96 se MDC1 DRG 8 (Tariffa per caso trattato € 6.172)

Gamma-Knife (Tariffa per caso trattato € 7.500)
92.32 associato a 93.59 se MDC1 DRG 8

DRG	Descrizione	Fascia struttura	Tariffe DGR 1673/2014							Nuove tariffe con abbattimento			MPR esclusi da abbattimento
			Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	A1	2.489,27	2.765,85	2.765,85	2.765,85	1.423,75	4	184,25	1.991,42	2.212,68	2.765,85	NESSUNO
		A2	2.326,42	2.584,91	2.584,91	2.584,91	1.330,61	4	184,25	1.861,14	2.067,93	2.584,91	
		B	2.210,08	2.455,66	2.455,66	2.455,66	1.263,50	4	184,25	1.768,06	1.964,53	2.455,66	
		C	2.140,29	2.378,11	2.378,11	2.378,11	1.223,60	4	184,25	1.712,23	1.902,49	2.378,11	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	A1	1.755,55	1.628,17	1.628,17	1.628,17	814,66	4	202,14	1.404,44	1.302,54	1.628,17	11.5* 12.81
		A2	1.640,70	1.521,65	1.521,65	1.521,65	761,36	4	202,14	1.312,56	1.217,32	1.521,65	
		B	1.558,67	1.445,52	1.445,52	1.445,52	722,96	4	202,14	1.246,94	1.156,42	1.445,52	
		C	1.558,67	1.445,52	1.445,52	1.445,52	722,96	4	202,14	1.246,94	1.156,42	1.445,52	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	A1	1.588,75	1.726,09	1.726,09	1.726,09	885,04	4	227,14	1.271,00	1.380,87	1.726,09	NESSUNO
		A2	1.484,81	1.613,17	1.613,17	1.613,17	827,14	4	227,14	1.187,85	1.290,54	1.613,17	
		B	1.410,56	1.532,45	1.532,45	1.532,45	785,66	4	227,14	1.128,45	1.225,96	1.532,45	
		C	1.410,56	1.532,45	1.532,45	1.532,45	785,66	4	227,14	1.128,45	1.225,96	1.532,45	
119	Legatura e stripping di vene	A1	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.785,40	2	252,14	1.334,88	1.334,88	1.668,60	NESSUNO
		A2	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14	1.334,88	1.334,88	1.668,60	
		B	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14	1.334,88	1.334,88	1.668,60	
		C	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	1.668,60	2	252,14	1.334,88	1.334,88	1.668,60	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	A1	1.286,39	1.077,04	1.077,04	1.077,04	1.143,46	4	222,36	1.029,11	861,63	1.077,04	48.79 49.01 49.45 49.46
		A2	1.202,23	1.006,58	1.006,58	1.006,58	1.068,65	4	222,36	961,78	805,26	1.006,58	
		B	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36	913,67	764,94	956,18	
		C	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36	913,67	764,94	956,18	
169	Interventi sulla bocca senza CC	A1	1.561,31	1.455,96	1.455,96	1.455,96	735,34	7	210,97	1.249,05	1.164,77	1.455,96	25.2 27.0
		A2	1.459,17	1.360,71	1.360,71	1.360,71	687,23	7	210,97	1.167,34	1.088,57	1.360,71	
		B	1.386,15	1.292,67	1.292,67	1.292,67	652,66	7	210,97	1.108,92	1.034,14	1.292,67	
		C	1.386,15	1.292,67	1.292,67	1.292,67	652,66	7	210,97	1.108,92	1.034,14	1.292,67	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	A1	1.354,94	1.386,50	1.386,50	1.386,50	703,45	4	210,41	1.083,95	1.109,20	1.386,50	NESSUNO
		A2	1.266,30	1.295,79	1.295,79	1.295,79	657,43	4	210,41	1.013,04	1.036,63	1.295,79	
		B	1.202,99	1.230,92	1.230,92	1.230,92	624,16	4	210,41	962,39	984,74	1.230,92	
		C	1.202,99	1.230,92	1.230,92	1.230,92	624,16	4	210,41	962,39	984,74	1.230,92	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	A1	1.735,79	1.854,11	1.854,11	1.854,11	939,43	4	177,01	1.388,63	1.483,29	1.854,11	85.82 85.83 85.84 85.85
		A2	1.622,23	1.732,81	1.732,81	1.732,81	877,97	4	177,01	1.297,78	1.386,25	1.732,81	
		B	1.541,09	1.646,16	1.646,16	1.646,16	833,16	4	177,01	1.232,87	1.316,93	1.646,16	
		C	1.541,09	1.646,16	1.646,16	1.646,16	833,16	4	177,01	1.232,87	1.316,93	1.646,16	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	A1	1.136,76	1.276,92	1.276,92	1.276,92	657,22	4	205,95	909,41	1.021,54	1.276,92	62.3 62.4*
		A2	1.062,39	1.193,38	1.193,38	1.193,38	614,22	4	205,95	849,91	954,70	1.193,38	
		B	1.009,19	1.133,64	1.133,64	1.133,64	583,30	4	205,95	807,35	906,91	1.133,64	
		C	1.009,19	1.133,64	1.133,64	1.133,64	583,30	4	205,95	807,35	906,91	1.133,64	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	A1	1.282,79	1.195,96	1.195,96	1.195,96	693,63	4	322,30	1.026,23	956,77	1.195,96	62.3
		A2	1.198,87	1.117,72	1.117,72	1.117,72	648,25	4	322,30	959,10	894,18	1.117,72	

340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	B	1.138,86	1.061,82	1.061,82	1.061,82	615,60	4	322,30	911,09	849,46	1.061,82	62.4*
		C	1.138,86	1.061,82	1.061,82	1.061,82	615,60	4	322,30	911,09	849,46	1.061,82	
342	Circoncisione, età > 17 anni	A1	924,11	1.026,78	1.026,78	1.026,78	556,57	14	285,56	739,29	821,42	1.026,78	NESSUNO
		A2	863,65	959,61	959,61	959,61	520,16	14	285,56	690,92	767,69	959,61	
		B	820,42	911,62	911,62	911,62	494,00	14	285,56	656,34	729,30	911,62	
		C	820,42	911,62	911,62	911,62	494,00	14	285,56	656,34	729,30	911,62	
343	Circoncisione, età < 18 anni	A1	659,86	717,85	717,85	717,85	419,77	2	263,29	527,89	574,28	717,85	NESSUNO
		A2	616,69	670,89	670,89	670,89	392,31	2	263,29	493,35	536,71	670,89	
		B	585,77	637,26	637,26	637,26	372,40	2	263,29	468,62	509,81	637,26	
		C	554,94	603,72	603,72	603,72	352,80	2	263,29	443,95	482,98	603,72	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	A1	2.614,82	2.091,65	2.091,65	2.091,65	2.238,07	4	188,31	2.091,86	1.673,32	2.196,23	81.42 81.43 81.44 81.45 81.46
		A2	2.614,82	2.091,65	2.091,65	2.091,65	2.091,65	4	188,31	2.091,86	1.673,32	2.196,23	
		B	2.481,48	1.985,18	1.985,18	1.985,18	1.985,18	4	188,31	1.985,18	1.588,14	2.084,44	
		C	2.481,48	1.985,18	1.985,18	1.985,18	1.985,18	4	188,31	1.985,18	1.588,14	2.084,44	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	A1	1.766,13	1.880,84	1.880,84	1.880,84	943,46	7	248,27	1.412,90	1.504,67	1.880,84	80.01 80.02 80.04 80.06 80.08 80.09
		A2	1.650,59	1.757,79	1.757,79	1.757,79	881,74	7	248,27	1.320,47	1.406,23	1.757,79	
		B	1.567,98	1.669,82	1.669,82	1.669,82	836,96	7	248,27	1.254,38	1.335,86	1.669,82	
		C	1.567,98	1.669,82	1.669,82	1.669,82	836,96	7	248,27	1.254,38	1.335,86	1.669,82	

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Anselmo Campagna, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/947

IN FEDE

Anselmo Campagna

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/947

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 918 del 18/06/2018

Seduta Num. 26

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi