



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'articolo 8-*sexies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*, che prevede le modalità e i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, disponendo, in particolare:

- al comma 5, che *"Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) 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; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale.*

Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali";

- al comma 6, che con la medesima procedura prevista per la definizione delle tariffe di cui al comma 5, *"sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenuto conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi";*

VISTO l'articolo 15, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale:

- al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che *“il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale”*;
- al comma 17, per come aggiornato dall'articolo 1, comma 322, della legge 30 dicembre 2004, n. 207, detta precise disposizioni per la definizione delle tariffe regionali nei termini seguenti: *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. Qualora le regioni si avvalgano della deroga di cui al secondo periodo, le medesime regioni sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti la programmazione annuale previsionale, nella quale è data evidenza dell'impatto derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale. Per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Le regioni che si sono avvalse della deroga di cui al secondo periodo sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti, anche nell'ambito dell'esame dell'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, la rendicontazione annuale che dia evidenza dell'impatto derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo. Nel caso in cui, nell'ambito delle singole annualità, siano state applicate tariffe maggiorate rispetto al valore massimo nazionale e non si verifichi l'equilibrio di bilancio del servizio sanitario regionale, le regioni, nell'esercizio finanziario successivo, pongono in essere i necessari interventi di recupero. Alle medesime regioni è preclusa la facoltà di avvalersi della deroga di cui al secondo periodo nell'esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tengono conto di tali circostanze”*;

VISTO il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 18 dicembre 2008 recante *“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”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 56 del 9 marzo 2009;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 18 ottobre 2012 recante *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”* pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, che ha provveduto a determinare, in attuazione dell'articolo 15 del citato decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché a individuare, in applicazione dell'articolo 8-sexies,

comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 2 aprile 2015, n. 70, recante il *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 4 giugno 2015;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 recante *“Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2024, con il quale sono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a decorrere dal 30 dicembre 2024;

VISTO l'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, che dispone: *“Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti all'appropriatezza e al sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, entro il 30 giugno 2023, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Le predette tariffe massime, come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo, costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo”*;

VISTO l'articolo 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che dispone: *“Al fine di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie e dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è autorizzata la spesa di 77 milioni di euro per l'anno 2025, destinata ai Diagnosis Related Groups (DRG) post acuzie e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, destinata rispettivamente per 350 milioni di euro ai DRG post acuzie e per 650 milioni di euro ai DRG per acuti”*;

VISTA l'Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il *“Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”* (Rep. Atti n. 82/CSR), all'articolo 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie);

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 gennaio 2016 che ha istituito e nominato la Commissione permanente di cui all'articolo 9 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute 26 maggio 2022 con il quale è stata determinata la nuova composizione della Commissione permanente di cui all'articolo 9 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 1, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria attività, può sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche e ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti, nonché i successivi decreti del Ministro della salute 21 giugno 2022 e 1° agosto 2023 con i quali si opera una ulteriore revisione dei componenti della citata Commissione permanente;

TENUTO CONTO dell'esito della seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 10 novembre 2025 che ha visto la definitiva approvazione della proposta tariffaria di cui al presente decreto, in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito dalla medesima Commissione nella definizione della proposta tariffaria di cui al presente decreto;

VISTO il decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 34 del 10 febbraio 2022, recante “*Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera*” che, tra l'altro, definisce per la disciplina “Recupero e Riabilitazione Funzionale (codice 56)” i seguenti tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero, in base alla diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo:

- ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a)
- ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b)
- ricoveri di riabilitazione estensiva (codice 56c);

VISTO l'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021 che prevede un periodo di sperimentazione delle disposizioni contenute nello stesso decreto, a seguito della adozione della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) riabilitativa da parte del Ministero della salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali, mantenendo in vigore, fino alla fine della sperimentazione, per tutte le finalità amministrative, le norme nazionali e regionali in essere in merito alla riabilitazione ospedaliera in tutti i *setting* codice 56, 28 e 75;

VISTO il decreto del Ministro della salute n. 165 del 26 settembre 2023, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 272 del 21 novembre 2023, contenente il “*Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati*”;

CONSIDERATO che alla data di adozione del presente decreto non risulta concluso il periodo di sperimentazione di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021;

RITENUTO, pertanto, con il presente decreto di dover dare attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza *post acuzie* mantenendo l'articolazione delle tariffe già definita con il precedente decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, affidando a un successivo provvedimento ministeriale iso-risorse la revisione della valorizzazione tariffaria presente, in applicazione dei contenuti del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, all'esito della richiamata sperimentazione;

RITENUTO, altresì, di dover fissare l'entrata in vigore delle disposizioni di cui al presente decreto al giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;

VISTO il parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) espresso con nota n. 11767 del 17 novembre 2025, che segue il precedente parere n. 11583 del 13 novembre 2025 dell'Agenzia e il successivo riscontro con nota n. 19644 del 14 novembre 2025 del Ministero della salute;

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del (Rep. Atti n.../CSR);

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell'articolo 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie, individuate sulla base del percorso metodologico di cui alla relazione allegata e di cui costituisce parte integrante (Allegato 1).
2. Le tariffe massime di cui al presente decreto costituiscono riferimento massimo per tutte le regioni e le province autonome e valgono come tariffe di riferimento per la compensazione di mobilità interregionale.

Art. 2

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie)

1. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, sono riportate nell'Allegato 2 che costituisce parte integrante del presente decreto. L'Allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti a livello regionale.
2. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza *post acuzie* sono riportate nell'Allegato 2 del presente decreto. Per tali prestazioni, la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza è effettuata sulla base della tariffa giornaliera ridotta, come riportato nel medesimo Allegato 2.

Art. 3
(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni e le province autonome per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 8-*sexies*, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Le regioni e le province autonome tengono conto, altresì, nella definizione dei propri tariffari regionali o provinciali, di quanto previsto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per come successivamente aggiornato dall'articolo 1, comma 322, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.
2. Le regioni e le province autonome possono adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati accreditati tariffe ridotte rispetto a quelle definite con il presente decreto anche qualora ciò sia utile per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni i processi di deospedalizzazione.

Art. 4
(Disposizioni transitorie e finali)

1. Le disposizioni di cui al presente decreto entrano in vigore dal giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Il presente decreto viene inviato agli organi di controllo secondo la normativa vigente e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI
MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

RELAZIONE TECNICA PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA E LUNGODEGENZA *POST ACUZIE*

Sommario

Il quadro giuridico di riferimento	1
La riabilitazione e la lungodegenza in Italia alla luce delle vigenti tariffe.....	2
Vincoli di riferimento per il calcolo di impatto delle nuove tariffe.....	5
Metodologia per la valutazione delle tariffe.....	6
Analisi delle stime d'impatto delle nuove tariffe	7
Remunerazione attuale e stimata - attività di riabilitazione solo ricoveri ordinari– Anno 2024:	7
Remunerazione attuale e stimata - attività di riabilitazione ricoveri diurni– Anno 2024:.....	8
Remunerazione attuale e stimata - attività di lungodegenza in ricoveri ordinari– Anno 2024:.....	8
Remunerazione attuale e stimata - attività di lungodegenza pazienti SV/SMC– Anno 2024:	9
Remunerazione attuale e stimata – Gravi cerebrolesioni senza abbattimento tariffario – Anno 2024:.....	9
Conclusioni.....	11

Il quadro giuridico di riferimento

La presente relazione tecnica è finalizzata a illustrare gli esiti dell'analisi d'impatto derivante dall'aggiornamento delle tariffe relative alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza *post acuzie*, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'intervento tariffario trova fondamento giuridico nell'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che disciplina i criteri per la determinazione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, in coerenza con i principi di efficienza, appropriatezza e sostenibilità economica.

La recente emanazione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 25 novembre 2024, recante la “Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, ha permesso di dare piena applicazione su tutto il territorio nazionale ai contenuti

del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (DPCM LEA) recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. Per l'assistenza ospedaliera per acuti, l'assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie sono vigenti le tariffe massime nazionali contenute nel decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012.

La presente relazione si articola in una disamina normativa e tecnica volta a valutare gli effetti economico-finanziari dell'intervento, con particolare riferimento alla compatibilità con i vincoli di bilancio programmati e all'impatto sui soggetti erogatori accreditati.

Sono definite in maniera univoca tariffe a livello nazionale, per ciascuna delle seguenti aree assistenziali:

- a) Assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) Assistenza Protesica “su misura”;
- c) Ospedaliera per acuti e non acuti (sistema DRG).

Oltre alle tariffe, poiché non tutte le attività sanitarie prodotte ed erogate dalle strutture sanitarie sono riconducibili a prestazioni tariffabili singolarmente, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette “Funzioni assistenziali”, remunerate sulla base del costo *standard* del corrispondente programma di assistenza.

La determinazione delle tariffe massime nazionali, in coerenza con la normativa vigente, deve basarsi sui costi *standard* di produzione e su quote di costi generali calcolati sui dati relativi a un campione di strutture accreditate pubbliche e private. A tal fine la normativa vigente prevede la possibilità di utilizzare, in via alternativa e nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse:

- a) 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;
- b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
- c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

La medesima procedura è prevista per l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi. Sono poi stabiliti i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni possono adottare il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse.

Le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del SSN. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A tal riguardo si richiama quanto stabilito dall'articolo 1, comma 322, della legge 30 dicembre 2004, n. 207.

La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza in Italia alla luce delle tariffe del DM 18 ottobre 2012

La definizione delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera in Italia ha seguito un percorso normativo e tecnico articolato, strettamente connesso all'evoluzione del sistema di classificazione *Diagnosis Related Groups* (DRG) e alla necessità di garantire sostenibilità economica, appropriatezza clinica e omogeneità nell'erogazione dei servizi.

A livello nazionale è stata tradizionalmente definita una specifica tariffa giornaliera per ogni *Major Diagnostic Category* (MDC), senza ulteriori distinzioni, né per le Unità operative dove la prestazione viene erogata, né per i ricoveri diurni; il valore soglia oltre il quale procedere all'abbattimento tariffario è unico per le varie MDC (30 giorni), con eccezione per MDC 1 (60 giorni) ed MDC 8 (40 giorni), e non si applica ai ricoveri nelle Unità operative con codice 75 o codice 28 rispettivamente per i soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C, secondo la classificazione dell'*American Spinal Injury Association* (A.S.I.A.).

La distribuzione dei ricoveri e delle giornate di cura rispetto alle unità operative con codice 28, 56 e 75 per la riabilitazione e 60 per la lungodegenza, a livello nazionale è la seguente (dati schede di dimissione ospedaliera SDO - 2024):

	Ricoveri Ordinari			Day Hospital			Totale		
	Ricoveri	Giornate	In soglia	Ricoveri	Giornate	In soglia	Ricoveri	Giornate	In soglia
Riabilitazione	290.567	7.656.466	90,6%	25.589	430.591	97,4%	316.156	8,087,057	90,9%
Unità cod. 28	2.842	198.819	55,9%	496	7.195	97,8%	3.338	206.014	57,4%
Unità cod. 56	277.105	6.812.330	94,6%	20.891	378.132	97,3%	297.996	7,190.462	94,7%
Unità cod. 75	10.620	645.317	59,0%	4.202	45.264	97,3%	14.822	690.581	61,5%
Lungodegenza	73.646	1.895.025	95,1%	0	0	0,0%	73.646	1.895.025	95,1%
Unità cod. 60	73.646	1.895.025	95,1%	0	0	0,0%	73.646	1.895.025	95,1%
TOTALI	364.213	9.551.491	91,5%	25.589	430.591	97,4%	389.802	9.982.082	91,7%

La degenza media per i ricoveri in regime ordinario si attesta a circa 26,3 giorni, in calo dello 0,5% rispetto alla degenza media del **Rapporto SDO 2023 (ultimo pubblicato)**, mentre per la lungodegenza si passa da 26,2 giorni nel 2023 agli attuali 25,7 giorni del 2024, con una diminuzione dell'1,8%.

Tuttavia, analizzando tale parametro per i singoli reparti in funzione delle MDC si evidenzia come tale valore presenta una significativa differenziazione in base all'Unità operativa di ricovero. Oltre il 40% dei casi è concentrato nell'Unità operativa con codice 56 con codice MDC 8 e una media di giornate di ricovero pari a 20,6 come mostrato dalla seguente tabella:

	Casi	Giornate	In soglia	Peso	Degenza Media gg
Riabilitazione	316.156	8.087.057	90,9%	100,0%	25,6*
Unità cod. 28	3.338	206.014	57,4%	2,5%	61,7
MDC 1	3.278	203.249	57,5%	2,5%	62,0
MDC 4	1	7	100,0%	0,0%	7,0
MDC 5					
MDC 8	4	262	53,8%	0,0%	65,5
Altri MDC	55	2.496	51,6%	0,0%	45,4
Unità cod. 56	297.996	7.190.462	94,7%	88,9%	24,1
MDC 1	58.681	2.141.707	93,1%	26,5%	36,5
MDC 4	15.834	361.782	91,9%	4,5%	22,8
MDC 5	39.998	752.719	96,7%	9,3%	18,8
MDC 8	156.972	3.239.560	97,7%	40,1%	20,6
Altri MDC	26.511	694.694	85,2%	8,6%	26,2
Unità cod. 75	14.822	690.581	61,5%	8,5%	46,6
MDC 1	12.849	652.423	61,0%	8,1%	50,8
MDC 4	223	4.685	80,4%	0,1%	21,0
MDC 5	16	520	57,7%	0,0%	32,5
MDC 8	212	4.897	71,3%	0,1%	23,1
Altri MDC	1.522	28.056	68,2%	0,3%	18,4
Lungodegenza	73.646	1.895.025	95,1%	100,0%	25,7
Unità cod. 60	73.646	1.895.025	95,1%	100,0%	25,7
TOTALI	389.802	9.982.082	91,7%	100,0%	25,6

* Include le giornate di ricovero in regime di DH (al netto del DH, la degenza media in regime ordinario è di 26,3 giorni)

Dalla precedente tabella si evince come, per l'unità operativa avente codice 56, che da sola rappresenta quasi l'89% delle giornate di ricovero, solo il 5,3% delle giornate di cura risultano fuori soglia; in particolare per l'unità operativa avente codice 56 l'MDC 8 ha il minimo valore fuori soglia, pari al 2,3%.

Il Rapporto SDO 2023 evidenzia che i ricoveri in riabilitazione rappresentano circa il **4% del totale** delle dimissioni ospedaliere; la mobilità interregionale per la riabilitazione è significativa: **il 15,6% dei ricoveri ordinari** di riabilitazione avviene in una regione diversa da quella di residenza del paziente, indicando una disomogeneità nell'offerta territoriale e una pressione sulle strutture più specializzate.

Confrontando il valore percentuale di distribuzione delle giornate di riabilitazione e lungodegenza (SDO 2024) con la distribuzione della popolazione nazionale, emerge una differenza di erogazione marcatamente evidente:

Cod	Regione	Riabilitazione			Peso delle giornate	Popolazione Residente
		Casi	Giornate	% in Soglia		
010	Piemonte	35.897	917.918	93,3%	11,4%	7,2%
020	Valle d'Aosta	785	13.270	98,9%	0,2%	0,2%
030	Lombardia	78.539	1.920.904	92,8%	23,7%	17,0%
041	P A Bolzano	3.491	79.577	92,2%	1,0%	0,9%
042	P A Trento	7.062	132.852	96,2%	1,6%	0,9%
050	Veneto	30.813	676.221	88,3%	8,4%	8,2%
060	Friuli-Venezia Giulia	2.052	59.064	85,2%	0,7%	2,0%
070	Liguria	10.484	205.680	90,8%	2,5%	2,6%
080	Emilia-Romagna	19535	483421	84,1%	6,0%	7,6%
090	Toscana	8.126	216.788	85,4%	2,7%	6,2%
100	Umbria	4.834	107.608	92,7%	1,3%	1,4%
110	Marche	5.151	138.990	90,1%	1,7%	2,5%
120	Lazio	34.115	1.053.415	91,7%	13,0%	9,7%
130	Abruzzo	6.560	148.990	96,4%	1,8%	2,2%
140	Molise	1.526	43.028	81,8%	0,5%	0,5%
150	Campania	18.558	578.346	92,9%	7,1%	9,5%
160	Puglia	13.696	376.414	92,5%	4,7%	6,6%
170	Basilicata	1.633	51.836	98,0%	0,6%	0,9%
180	Calabria	8.751	230.895	92,2%	2,9%	3,1%
190	Sicilia	19.884	563.430	84,8%	7,0%	8,1%
200	Sardegna	4.664	88.410	88,8%	1,1%	2,7%
Top 5 regioni					63,6%	51,6%

La tabella sopra riportata evidenzia come le prime cinque regioni ove si registra la maggiore produzione di prestazioni di riabilitazione ospedaliera - Piemonte, Lombardia, Veneto, Lazio e Campania - (SDO 2024) offrono quasi i 2/3 delle giornate di ricovero, a fronte di una popolazione residente poco superiore al 50%; la distribuzione percentuale delle giornate di ricovero, per quattro delle cinque regioni indicate, è sempre superiore alla distribuzione della popolazione residente al 1° gennaio 2024. L'unica regione delle cinque con un valore percentuale di giornate inferiore alla distribuzione della popolazione è la Campania.

Cod	Regione	Lungodegenza			Peso	Popolazione Residente
		Casi	Giornate	% in Soglia		
010	Piemonte	5.836	193.483	91,5%	10,2%	7,2%
020	Valle d'Aosta	165	5.610	99,6%	0,3%	0,2%
030	Lombardia	4.625	145.491	97,7%	7,7%	17,0%
041	P A Bolzano	1.870	50.608	99,3%	2,7%	0,9%
042	P A Trento	2.338	68.586	96,7%	3,6%	0,9%
050	Veneto	1.215	25.307	98,0%	1,3%	8,2%
060	Friuli-Venezia Giulia	1.134	30.438	96,9%	1,6%	2,0%
070	Liguria	2.962	40.253	97,4%	2,1%	2,6%
080	Emilia-Romagna	25.339	499.028	96,3%	26,3%	7,6%
090	Toscana	1.255	31.361	94,2%	1,6%	6,2%
100	Umbria	792	10.982	98,9%	0,6%	1,4%
110	Marche	3.212	76.089	97,4%	4,0%	2,5%
120	Lazio	8.403	311.687	94,3%	16,4%	9,7%
130	Abruzzo	1.299	27.982	94,9%	1,5%	2,2%
140	Molise	5	91	100,0%	0,0%	0,5%
150	Campania	4.328	143.621	95,8%	7,6%	9,5%
160	Puglia	2.580	52.557	94,4%	2,8%	6,6%
170	Basilicata	1.072	31.972	98,3%	1,7%	0,9%
180	Calabria	1.472	55.630	76,6%	2,9%	3,1%
190	Sicilia	2.877	68.140	95,5%	3,6%	8,1%
200	Sardegna	867	26.109	94,1%	1,4%	2,7%
Top 5 regioni					68,2%	51,0%

Anche nella distribuzione delle giornate di lungodegenza (SDO 2024) emerge lo stesso *trend* della riabilitazione ospedaliera, con regioni che esprimono una maggiore capacità di altre di attrarre pazienti. In particolare, vi è la Regione Emilia-Romagna che da sola assorbe oltre 1/4 di tutte le giornate prodotte a livello nazionale; dal lato opposto si evidenzia come le regioni Veneto, Toscana, Puglia e Sicilia abbiano una capacità di assorbimento nettamente inferiore rispetto al peso della relativa popolazione residente.

Dal punto di vista economico, la remunerazione teorica complessiva per la riabilitazione nel 2023 (Rapporto SDO 2023) è stata di circa, in regime ordinario, 1.826 milioni di euro (6,5% del totale delle SDO) e di 86

milioni di euro per i ricoveri in day hospital (DH) (0,3% del totale delle SDO), mentre quella legata ai ricoveri in lungodegenza è stata di 278 milioni di euro. (1% del totale).

La distribuzione regionale della remunerazione complessiva per riabilitazione e lungodegenza per il 2024 è la seguente:

Cod	Regione	Riabilitazione (milioni)	Lungodegenza (milioni)	Totale (milioni)
010	Piemonte	217,0 €	28,8 €	245,8 €
020	Valle d'Aosta	3,3 €	0,9 €	4,2 €
030	Lombardia	473,8 €	22,2 €	496,0 €
041	P A Bolzano	19,5 €	7,8 €	27,3 €
042	P A Trento	32,1 €	10,4 €	42,6 €
050	Veneto	155,2 €	3,9 €	159,1 €
060	Friuli-Venezia Giulia	14,1 €	4,6 €	18,8 €
070	Liguria	49,3 €	6,1 €	55,5 €
080	Emilia-Romagna	112,8 €	75,7 €	188,5 €
090	Toscana	52,4 €	4,7 €	57,1 €
100	Umbria	26,3 €	1,7 €	28,0 €
110	Marche	32,9 €	11,6 €	44,5 €
120	Lazio	252,9 €	46,9 €	299,8 €
130	Abruzzo	37,2 €	4,2 €	41,4 €
140	Molise	10,4 €	0,0 €	10,4 €
150	Campania	138,0 €	21,7 €	159,8 €
160	Puglia	92,5 €	7,9 €	100,4 €
170	Basilicata	13,1 €	4,9 €	17,9 €
180	Calabria	55,5 €	7,8 €	63,3 €
190	Sicilia	132,0 €	10,3 €	142,3 €
200	Sardegna	21,5 €	3,9 €	25,4 €
Italia		1.941,8 €	286,1 €	2.227,9 €

I valori del 2024 sono in linea con quelli del Rapporto SDO 2023 con un leggero aumento dei ricoveri di riabilitazione pari allo 0,5% e un incremento maggiore, pari al 2,7%, per quelli in lungodegenza *post acuzie*.

Vincoli di riferimento per il calcolo di impatto delle nuove tariffe

Per l'aggiornamento delle tariffe di cui al decreto ministeriale 18 ottobre 2012, è stato scelto di operare sulla base dell'analisi delle tariffe regionali attualmente vigenti e sulla base degli esiti dell'attività (avviata dal Ministero della salute con nota del 30 aprile 2025) di ricognizione dei costi delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza post acuzie presso le regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio e Sicilia.

L'attività di revisione tariffaria effettuata con il presente decreto, meglio descritta nella relazione metodologica, mantiene fermi i parametri di seguito indicati già fissati con il decreto ministeriale 18 ottobre 2012:

Ricoveri ordinari:

- valore soglia per MDC 1 pari a 60 giorni;
- valore soglia per MDC 8 pari a 40 giorni;
- valore soglia per le restanti MDC pari a 30 giorni;
- abbattimento tariffario del 40% oltre i predetti valori soglia;
- tariffa specifica per soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita;
- tariffa specifica per pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A..

Ricoveri diurni:

- la tariffa di accesso è abbattuta del 20% rispetto alla corrispondente tariffa giornaliera dei ricoveri

- ordinari;
- b) la tariffa prevedere un abbattimento tariffario del 40% oltre i valori soglia previsti per i ricoveri ordinari.

Ricoveri per lungodegenza *post-acuzie*

- a) valore per ricovero ordinario pari a 60 giorni;
- b) abbattimento della tariffa oltre il valore soglia del 40%, al fine di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri e i processi di de-ospedalizzazione;
- c) tariffa specifica per pazienti in stato vegetativo o in stato di coscienza minima, che richiedono un importante impegno assistenziale.

Metodologia per la valutazione degli impatti delle nuove tariffe

L'impatto economico viene stimato attraverso la differenza tra il valore osservato delle prestazioni erogate nel 2024 e il medesimo valore calcolato in base delle nuove tariffe.

La fonte dei dati è costituita dal flusso SDO 2024. La scelta di utilizzare le informazioni relative al 2024 in luogo del flusso 2023 è finalizzata a cogliere i piccoli aumenti che sono intervenuti nel corso dell'anno 2024 ed effettuare una stima più affidabile nonché più prudentiale perché più attuale. I dati delle SDO 2024 risultano completi e affidabili avendo raggiunto un livello molto elevato di copertura complessiva (comprensiva degli istituti privati non accreditati) pari al 99,1% (99,3% per le strutture pubbliche, 99,7% per gli istituti privati accreditati e 91,8% per quelli non accreditati).

La metodologia seguita proietta le nuove tariffe agli attuali consumi rilevati nel flusso informativo indicato. Quando ciò non risulta possibile, come per esempio nel caso di cure con elevate prestazioni e *post* coma, non evidenziate in modo univoco dal sistema SDO ma comunque remunerate sulla base delle tariffe vigenti, la valutazione d'impatto è evidenziata come variazione dalle attuali tariffe, applicate alla popolazione *target*. In sintesi la stima per le varie tipologie tariffarie segue il seguente schema:

Ricoveri ordinari:

- Valorizzazione delle giornate "in soglia" (SDO 2024) con le nuove tariffe e valorizzazione con l'abbattimento del 40% delle nuove tariffe per le giornate fuori soglia;
- Valorizzazione per i ricoveri di **pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico**, della differenza tariffaria tra la vigente tariffa di euro 470,00 e la nuova tariffa, moltiplicata per le giornate di ricovero prodotte dall'Unità con codice 28 e MDC 1, senza nessun abbattimento tariffario. Le giornate prodotte per i suddetti pazienti corrispondono a un totale di 196.144;
- Valorizzazione per i ricoveri di **soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni senso motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave": 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico**, della differenza tariffaria tra 470,00 euro e la nuova tariffa, moltiplicata per le giornate di ricovero prodotte dall'Unità 75 dimessi dalle MDC1 associati ai DRG 23, 27, 28, 29, 30, e per al 30% dei dimessi dalla MDC1 associata al DRG14 che può dar luogo al coma. Il corrispondente numero di giornate di degenza su cui deve essere calcolato l'impatto in termini finanziari ammonta a 96.439, senza nessuna soglia di abbattimento.

Ricoveri diurni:

- Valorizzazione delle giornate “in soglia” con le nuove tariffe abbattute del 20% e valorizzazione con l’abbattimento del 40% della tariffa diurna, ovvero del 48% delle nuove tariffe per le giornate fuori soglia.

Ricoveri per lungodegenza post-acuzie

- Valorizzazione della nuova tariffa per il numero delle giornate prodotte nel 2024 dall’Unità con codice 60 e abbattimento della tariffa oltre il valore soglia di 60 giorni del 40%, al fine di promuovere l’appropriatezza dei ricoveri e i processi di de-ospedalizzazione;
- Valorizzazione della nuova tariffa per lo stato vegetativo effettuato tramite differenza tra l’attuale tariffa e la nuova moltiplicata per le giornate prodotte dai pazienti affetti senza nessun abbattimento.

I pazienti in stato vegetativo (SV) o stato di coscienza minima (SMC) rappresentano una quota molto contenuta della popolazione ospedaliera dimessa in Italia, compatibilmente con le evidenze epidemiologiche pubblicate dal Ministero della salute. Secondo i dati disponibili (Ministero della salute, Gruppo di lavoro istituito con D.M. 15 ottobre 2008 e presieduto dal Sottosegretario on. Eugenia Roccella “STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA” - Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali 2002–2006), l’incidenza di nuovi casi è pari a circa 0,7–1,1 per 100.000 abitanti, mentre la prevalenza è di 2–5 per 100.000. Dal punto di vista assistenziale, la durata media della degenza in strutture dedicate (lungodegenze, riabilitazione ad alta complessità, nuclei dedicati delle RSA) si attesta attorno alle 240 giornate, coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e i modelli operativi regionali. Tale permanenza riflette il bisogno di cure continuative e l’impegno sanitario richiesto per il mantenimento clinico e il supporto alle famiglie.

È stato, a tal fine, ipotizzato che i pazienti in SV e SMC ammontino allo 0,5% del totale dei dimessi nel settore privato (presupposto già richiamato nella documentazione di supporto del decreto ministeriale 18 ottobre 2012) e che il ricovero abbia una durata media di 240 giorni, per un totale complessivo di 50.160 giornate di cura.

Analisi delle stime d’impatto delle nuove tariffe

Remunerazione attuale e stimata - attività di riabilitazione solo ricoveri ordinari– Anno 2024:

Cod	Regione	giornate	% in soglia	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)	Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
010	Piemonte	891.977	93,2%	211,4 €	236,8 €	25,4 €	12,0%
020	Valle d'Aosta	13.270	98,9%	3,3 €	3,6 €	0,3 €	9,5%
030	Lombardia	1.903.781	92,7%	470,2 €	538,3 €	68,1 €	14,5%
041	P A Bolzano	76.622	92,0%	18,9 €	21,2 €	2,3 €	12,0%
042	P A Trento	124.984	96,0%	30,6 €	34,4 €	3,8 €	12,6%
050	Veneto	635.966	88,0%	147,9 €	167,5 €	19,5 €	13,2%
060	Friuli-Venezia Giulia	59.038	85,2%	14, €	16,2 €	2,0 €	14,3%
070	Liguria	193.508	90,6%	46,9 €	53,2 €	6,3 €	13,3%
080	Emilia-Romagna	454.966	83,3%	107,0 €	123,8 €	16,8 €	15,7%
090	Toscana	210.684	85,1%	51,1 €	60,1 €	9,0 €	17,7%
100	Umbria	99.852	92,3%	24,7 €	27,6 €	2,9 €	11,7%
110	Marche	138.707	90,1%	32, €	37,2 €	4,4 €	13,3%
120	Lazio	925.709	90,7%	226,8 €	254,0 €	27,2 €	12,0%
130	Abruzzo	148.827	96,4%	37,1 €	41,4 €	4,2 €	11,4%
140	Molise	42.745	81,7%	10,4 €	12,1 €	1,8 €	17,0%
150	Campania	495.197	92,2%	121,4 €	136,9 €	15,5 €	12,8%
160	Puglia	368.648	92,4%	90,8 €	102,9 €	12,0 €	13,2%
170	Basilicata	50.975	98,0%	12,9 €	14,4 €	1,5 €	11,4%
180	Calabria	213.582	91,6%	52,1 €	58,3 €	6,2 €	11,9%
190	Sicilia	524.531	83,9%	124,5 €	141,6 €	17,2 €	13,8%
200	Sardegna	82.897	88,2%	20,3 €	23,0 €	2,7 €	13,3%
Italia		7.656.466	90,6%	1.855,5 €	2.104,5 €	249,0 €	13,4%

Si stima che la variazione tariffaria prevista per questa tipologia di prestazioni comporterà un incremento di spesa annuale pari a 249 milioni di euro.

Remunerazione attuale e stimata - attività di riabilitazione ricoveri diurni– Anno 2024:

Cod	Regione	giornate	% in soglia	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)	Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
010	Piemonte	25.941 €	99,7%	5,6 €	6,8 €	1,2 €	20,5%
020	Valle d'Aosta	0 €		0,0 €	0,0 €	0,0 €	
030	Lombardia	17.123 €	93,2%	3,5 €	4,3 €	0,7 €	20,2%
041	P A Bolzano	2.955 €	98,1%	0,6 €	0,8 €	0,1 €	20,3%
042	P A Trento	7.868 €	99,7%	1,6 €	1,8 €	0,2 €	13,9%
050	Veneto	40.255 €	92,3%	7,3 €	8,4 €	1,1 €	15,8%
060	Friuli-Venezia Giulia	26 €	100,0%	0,0 €	0,0 €	0,0 €	13,9%
070	Liguria	12.172 €	92,5%	2,4 €	2,8 €	0,4 €	17,3%
080	Emilia-Romagna	28.455 €	97,2%	5,7 €	6,8 €	1,1 €	18,4%
090	Toscana	6.104 €	96,0%	1,3 €	1,5 €	0,3 €	20,0%
100	Umbria	7.756 €	97,6%	1,6 €	1,9 €	0,3 €	16,0%
110	Marche	283 €	100,0%	0,1 €	0,1 €	0,0 €	20,8%
120	Lazio	127.706 €	99,0%	26,2 €	29,7 €	3,5 €	13,5%
130	Abruzzo	163 €	100,0%	0,0 €	0,0 €	0,0 €	13,5%
140	Molise	283 €	100,0%	0,1 €	0,1 €	0,0 €	13,1%
150	Campania	83.149 €	97,3%	16,6 €	19,0 €	2,4 €	14,3%
160	Puglia	7.766 €	99,3%	1,6 €	1,9 €	0,3 €	18,1%
170	Basilicata	861 €	100,0%	0,2 €	0,2 €	0,0 €	11,2%
180	Calabria	17.313 €	99,0%	3,4 €	3,8 €	0,4 €	12,0%
190	Sicilia	38.899 €	97,5%	7,6 €	8,6 €	1,0 €	13,5%
200	Sardegna	5.513 €	97,5%	1,1 €	1,3 €	0,2 €	16,5%
Italia		430.591 €	97,4%	86,3 €	99,5 €	13,2 €	15,3%

Si stima che la variazione tariffaria prevista per questa tipologia di prestazioni comporterà un incremento di spesa annuale pari a 13,2 milioni di euro.

Remunerazione attuale e stimata - attività di lungodegenza in ricoveri ordinari– Anno 2024:

Cod	Regione	giornate	% in soglia	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)	Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
010	Piemonte	193.483	91,5%	28,8 €	35,5 €	6,7 €	23,4%
020	Valle d'Aosta	5.610	99,6%	0,9 €	1,1 €	0,2 €	23,4%
030	Lombardia	145.491	97,7%	22,2 €	27,4 €	5,2 €	23,4%
041	P A Bolzano	50.608	99,3%	7,8 €	9,6 €	1,8 €	23,4%
042	P A Trento	68.586	96,7%	10,4 €	12,9 €	2,4 €	23,4%
050	Veneto	25.307	98,0%	3,9 €	4,8 €	0,9 €	23,4%
060	Friuli-Venezia Giulia	30.438	96,9%	4,6 €	5,7 €	1,1 €	23,4%
070	Liguria	40.253	97,4%	6,1 €	7,6 €	1,4 €	23,4%
080	Emilia-Romagna	499.028	96,3%	75,7 €	93,4 €	17,7 €	23,4%
090	Toscana	31.361	94,2%	4,7 €	5,8 €	1,1 €	23,4%
100	Umbria	10.982	98,9%	1,7 €	2,1 €	0,4 €	23,4%
110	Marche	76.089	97,4%	11,6 €	14,3 €	2,7 €	23,4%
120	Lazio	311.687	94,3%	46,9 €	57,9 €	11,0 €	23,4%
130	Abruzzo	27.982	94,9%	4,2 €	5,2 €	1,0 €	23,4%
140	Molise	91	100,0%	0,0 €	0,0 €	0,0 €	23,4%
150	Campania	143.621	95,8%	21,7 €	26,8 €	5,1 €	23,4%
160	Puglia	52.557	94,4%	7,9 €	9,8 €	1,8 €	23,4%
170	Basilicata	31.972	98,3%	4,9 €	6,0 €	1,1 €	23,4%
180	Calabria	55.630	76,6%	7,8 €	9,6 €	1,8 €	23,4%
190	Sicilia	68.140	95,5%	10,3 €	12,7 €	2,4 €	23,4%
200	Sardegna	26.109	94,1%	3,9 €	4,8 €	0,9 €	23,4%
Italia		1.895.025	95,1%	286,1 €	352,9 €	66,9 €	23,4%

Si stima che la variazione tariffaria prevista per questa tipologia di prestazioni comporterà un incremento di spesa annuale pari a 66,9 milioni di euro.

Remunerazione attuale e stimata - attività di lungodegenza pazienti SV/SMC– Anno 2024:

Come specificato nel paragrafo precedente, la stima dei pazienti è calcolata in misura pari allo 0,5% dei dimessi dalle strutture private (presupposto, come detto, già richiamato nella documentazione di supporto del decreto ministeriale 18 ottobre 2012); tale valore, moltiplicato per il numero di giornate medio per questa tipologia di assistenza pari a 240 giorni restituisce il numero di giornate complessive da valorizzare con la nuova tariffa. In definitiva, le giornate da considerare sono date dalla formula:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Dimessi Privati 2024} & \text{Coeff. SV/SMC} & \text{Casi SV/SMC} & & \text{Degenza Media} & & \text{Giornate tot} \\ 41.856 & \times & 0,005 & = & 209 & \times & 240 \text{ gg} & = & 50.160 \end{array}$$

Questi valori ripartiti per le singole regioni e province autonome producono la seguente valorizzazione:

Cod	Regione	Casi	Giornate	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)	Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
010	Piemonte	17	3,960	1,0 €	1,3 €	0,2 €	22,1%
020	Valle d'Aosta	1	192	0,1 €	0,1 €	0,0 €	22,1%
030	Lombardia	18	4,216	1,1 €	1,3 €	0,2 €	22,1%
041	P A Bolzano	8	1,920	0,5 €	0,6 €	0,1 €	22,1%
042	P A Trento	12	2,800	0,7 €	0,9 €	0,2 €	22,1%
050	Veneto	2	568	0,1 €	0,2 €	0,0 €	22,1%
060	Friuli-Venezia Giulia	1	144	0,0 €	0,0 €	0,0 €	22,1%
070	Liguria	1	192	0,1 €	0,1 €	0,0 €	22,1%
080	Emilia-Romagna	64	15,384	4,0 €	4,9 €	0,9 €	22,1%
090	Toscana	6	1,504	0,4 €	0,5 €	0,1 €	22,1%
100	Umbria	0	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
110	Marche	5	1,232	0,3 €	0,4 €	0,1 €	22,1%
120	Lazio	40	9,496	2,5 €	3,0 €	0,6 €	22,1%
130	Abruzzo	1	176	0,0 €	0,1 €	0,0 €	22,1%
140	Molise	0	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
150	Campania	19	4,552	1,2 €	1,5 €	0,3 €	22,1%
160	Puglia	3	704	0,2 €	0,2 €	0,0 €	22,1%
170	Basilicata	1	192	0,1 €	0,1 €	0,0 €	22,1%
180	Calabria	5	1,136	0,3 €	0,4 €	0,1 €	22,1%
190	Sicilia	4	920	0,2 €	0,3 €	0,1 €	22,1%
200	Sardegna	4	872	0,2 €	0,3 €	0,1 €	22,1%
Italia		209	50,160	13,1 €	16,1 €	2,9 €	22,1%

Si stima che la variazione tariffaria prevista per questa tipologia di prestazioni comporti un incremento di spesa annuale pari a 2,9 milioni di euro.

Remunerazione attuale e stimata – Gravi cerebrolesioni senza abbattimento tariffario – Anno 2024:

A tale tipologia di assistenza corrispondono i dimessi dalle Unità aventi codice 28 (mielolesi) e dalle unità aventi codice 75 (celebrolesi) con valore di MDC pari a 1 e DRG 23, 27, 28, 29, 30, per la sola unità con codice 75, e al 30% dei dimessi con DRG 14.

Il numero dei casi considerati e delle giornate di degenza (rilevati nelle SDO 2024) sono esposti nella seguente tabella:

	Casi	Giorni di Degenza
Mielolesi (cod 28)	2.789	196.144

Cerebrolesi gravi (cod 75)	1.023	96.440
-DRG 23, 27, 28, 29 e 30	981	93.037
-30% DRG 14	42	3.403
Totali	3.812	292.584

Questi valori ripartiti per le singole regioni e province autonome producono la seguente valorizzazione determinata in base alle tariffe di cui al decreto ministeriale 18 ottobre 2012 e in base alle nuove tariffe:

Cod	Regione	Unità 28 (Mielolesi)			Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
		giornate	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)		
010	Piemonte	16.346	7,7 €	8,9 €	1,2 €	16,0%
020	Valle d'Aosta	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
030	Lombardia	19.069	9,0 €	10,4 €	1,4 €	16,0%
041	P A Bolzano	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
042	P A Trento	3.824	1,8 €	2,1 €	0,3 €	16,0%
050	Veneto	24.103	11,3 €	13,1 €	1,8 €	16,0%
060	Friuli-Venezia Giulia	8.231	3,9 €	4,5 €	0,6 €	16,0%
070	Liguria	7.123	3,3 €	3,9 €	0,5 €	16,0%
080	Emilia-Romagna	48.914	23,0 €	26,7 €	3,7 €	16,0%
090	Toscana	10.530	4,9 €	5,7 €	0,8 €	16,0%
100	Umbria	3.809	1,8 €	2,1 €	0,3 €	16,0%
110	Marche	3.009	1,4 €	1,6 €	0,2 €	16,0%
120	Lazio	8.411	4,0 €	4,6 €	0,6 €	16,0%
130	Abruzzo	7.336	3,4 €	4,0 €	0,6 €	16,0%
140	Molise	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
150	Campania	5.169	2,4 €	2,8 €	0,4 €	16,0%
160	Puglia	8.812	4,1 €	4,8 €	0,7 €	16,0%
170	Basilicata	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
180	Calabria	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
190	Sicilia	17.075	8,0 €	9,3 €	1,3 €	16,0%
200	Sardegna	4.383	2,1 €	2,4 €	0,3 €	16,0%
Italia		196.144	92,2 €	106,9 €	14,7 €	16,0%

Cod	Regione	Unità 75 (Cerebrolesi gravi)			Variazione assoluta (milioni)	Variazione percentuale
		giornate	Valore tariffa DM 18.10.2012 (milioni)	Valore Stimato nuove tariffe (milioni)		
010	Piemonte	3.089	1,5 €	1,5 €	0,1 €	6,4%
020	Valle d'Aosta	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
030	Lombardia	12.930	6,1 €	6,5 €	0,4 €	6,4%
041	P A Bolzano	1.387	0,7 €	0,7 €	0,0 €	6,4%
042	P A Trento	117	0,1 €	0,1 €	0,0 €	6,4%
050	Veneto	1.740	0,8 €	0,9 €	0,1 €	6,4%
060	Friuli-Venezia Giulia	796	0,4 €	0,4 €	0,0 €	6,4%
070	Liguria	7.296	3,4 €	3,6 €	0,2 €	6,4%
080	Emilia-Romagna	8.394	3,9 €	4,2 €	0,3 €	6,4%
090	Toscana	1.995	0,9 €	1,0 €	0,1 €	6,4%
100	Umbria	251	0,1 €	0,1 €	0,0 €	6,4%
110	Marche	10.365	4,9 €	5,2 €	0,3 €	6,4%
120	Lazio	15.868	7,5 €	7,9 €	0,5 €	6,4%
130	Abruzzo	940	0,4 €	0,5 €	0,0 €	6,4%
140	Molise	4.101	1,9 €	2,1 €	0,1 €	6,4%
150	Campania	3.922	1,8 €	2,0 €	0,1 €	6,4%
160	Puglia	1.760	0,8 €	0,9 €	0,1 €	6,4%
170	Basilicata	0	0,0 €	0,0 €	0,0 €	
180	Calabria	8.832	4,2 €	4,4 €	0,3 €	6,4%
190	Sicilia	12.395	5,8 €	6,2 €	0,4 €	6,4%
200	Sardegna	255	0,1 €	0,1 €	0,0 €	6,4%
Italia		96.433	45,3 €	48,2 €	2,9 €	6,4%

Si stima che la variazione tariffaria prevista per questa tipologia di prestazioni comporti un incremento di spesa annuale pari a 17,6 milioni di euro (14,7 milioni di euro per le Mielolesioni e 2,9 milioni di euro per le Cerebrolesioni gravi).

Conclusioni

Nella seguente tabella si riporta in sintesi il valore di spesa calcolato applicando le tariffe di cui al decreto ministeriale 18 ottobre 2012 e, successivamente, le tariffe aggiornate di riabilitazione e lungodegenza:

Voce di Analisi	Valore tariffa DM 18.10.2012	Valore Stimato nuove tariffe	Variazione
Riabilitazione Ordinaria	1.855.468.152 €	2.104.491.093 €	249.022.941 €
Riabilitazione Diurna	86.329.253 €	99.514.018 €	13.184.765 €
Lungodegenza	286.060.883 €	352.932.258 €	66.871.375 €
Casi di SV/SMC	13.141.920 €	16.051.200 €	2.909.280 €
Mielolesioni (Cod. 28)	92.187.680 €	106.898.480 €	14.710.800 €
Cerebrolesioni gravi (Cod. 75)	45.323.510 €	48.216.500 €	2.892.990 €
TOTALE	2.378.511.398 €	2.728.103.549 €	349.592.151 €

L'impatto finanziario finale dell'aggiornamento risulta essere pari a 349,6 milioni di euro con un incremento medio rispetto al valore totale della categoria pari al 14,7%.

Tale impatto ripartito a livello regionale produce la seguente tabella di distribuzione suddivisa tra strutture pubbliche e strutture private accreditate (valori espressi in milioni di euro):

Impatto regionale sulle strutture pubbliche

cod	Regione	Riabilitazione Ordinaria	Riabilitazione Diurna	Lungod,	Casi di SV/SMC	Mielolesioni (Cod,28)	Cerebrolesioni gravi (Cod. 75)	Totale
010	Piemonte	8,7 €	1,2 €	2,5 €	0,0 €	1,2 €	0,1 €	13,6 €
020	Valle d'Aosta	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €
030	Lombardia	13,6 €	0,0 €	1,2 €	0,0 €	1,1 €	0,0 €	15,9 €
041	P A Bolzano	0,5 €	0,1 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,8 €
042	P A Trento	0,6 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	0,3 €	0,0 €	1,1 €
050	Veneto	8,0 €	0,5 €	0,5 €	0,0 €	0,8 €	0,0 €	9,9 €
060	Friuli-Venezia Giulia	1,3 €	0,0 €	1,0 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	3,0 €
070	Liguria	3,1 €	0,3 €	1,3 €	0,0 €	0,5 €	0,0 €	5,2 €
080	Emilia-Romagna	6,9 €	0,6 €	8,4 €	0,0 €	3,7 €	0,1 €	19,6 €
090	Toscana	4,5 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	0,8 €	0,0 €	5,4 €
100	Umbria	2,6 €	0,3 €	0,4 €	0,0 €	0,3 €	0,0 €	3,5 €
110	Marche	1,0 €	0,0 €	1,6 €	0,0 €	0,2 €	0,0 €	2,9 €
120	Lazio	0,9 €	0,1 €	0,5 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	2,1 €
130	Abruzzo	1,1 €	0,0 €	0,9 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	2,0 €
140	Molise	0,3 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,3 €
150	Campania	1,8 €	0,4 €	0,4 €	0,0 €	0,0 €	0,1 €	2,7 €
160	Puglia	1,9 €	0,3 €	1,6 €	0,0 €	0,1 €	0,0 €	3,9 €
170	Basilicata	1,2 €	0,0 €	1,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	2,2 €
180	Calabria	0,2 €	0,0 €	0,4 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,7 €
190	Sicilia	5,4 €	0,4 €	1,7 €	0,0 €	1,3 €	0,4 €	9,1 €
200	Sardegna	0,5 €	0,2 €	0,2 €	0,0 €	0,3 €	0,0 €	1,2 €
	Italia	64,1 €	4,5 €	23,8 €	0,0 €	11,9 €	0,8 €	105,1 €

Impatto regionale sulle strutture private accreditate

cod	Regione	Riabilitazione Ordinaria	Riabilitazione Diurna	Lungod,	Casi di SV/SMC	Mielolesioni (Cod,28)	Cerebrolesioni gravi (Cod. 75)	Totale
010	Piemonte	16,7 €	0,0 €	4,2 €	0,2 €	0,0 €	0,0 €	21,2 €
020	Valle d'Aosta	0,3 €	0,0 €	0,2 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,5 €
030	Lombardia	54,5 €	0,7 €	4,0 €	0,2 €	0,3 €	0,4 €	60,1 €
041	P A Bolzano	1,8 €	0,0 €	1,7 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	3,6 €
042	P A Trento	3,2 €	0,1 €	2,4 €	0,2 €	0,0 €	0,0 €	5,9 €
050	Veneto	11,5 €	0,6 €	0,4 €	0,0 €	1,0 €	0,0 €	13,6 €
060	Friuli-Venezia Giulia	0,7 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,8 €
070	Liguria	3,2 €	0,2 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	0,2 €	3,6 €
080	Emilia-Romagna	9,9 €	0,5 €	9,3 €	0,9 €	0,0 €	0,2 €	20,7 €
090	Toscana	4,6 €	0,1 €	1,1 €	0,1 €	0,0 €	0,1 €	6,0 €
100	Umbria	0,3 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,3 €

RELAZIONE TECNICA PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA E LUNGODEGENZA POST ACUZIE

110 Marche	3,3 €	0,0 €	1,1 €	0,1 €	0,0 €	0,3 €	4,8 €
120 Lazio	26,3 €	3,4 €	10,5 €	0,6 €	0,0 €	0,5 €	41,3 €
130 Abruzzo	3,1 €	0,0 €	0,1 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	3,8 €
140 Molise	1,5 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,1 €	1,6 €
150 Campania	13,7 €	2,0 €	4,6 €	0,3 €	0,4 €	0,0 €	21,0 €
160 Puglia	10,1 €	0,0 €	0,3 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	11,0 €
170 Basilicata	0,2 €	0,0 €	0,2 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,4 €
180 Calabria	6,0 €	0,4 €	1,4 €	0,1 €	0,0 €	0,3 €	8,1 €
190 Sicilia	11,8 €	0,6 €	0,7 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	13,2 €
200 Sardegna	2,2 €	0,0 €	0,7 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	3,0 €
Italia	184,9 €	8,7 €	43,0 €	2,9 €	2,8 €	2,1 €	244,5 €

Impatto regionale totale strutture

cod	Regione	Riabilitazione Ordinaria	Riabilitazione Diurna	Lungod,	Casi di SV/SMC	Mielolesioni (Cod.28)	Cerebrolesioni gravi (Cod. 75)	Totale
010	Piemonte	25,4 €	1,2 €	6,7 €	0,2 €	1,2 €	0,1 €	34,8 €
020	Valle d'Aosta	0,3 €	0,0 €	0,2 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,5 €
030	Lombardia	68,1 €	0,7 €	5,2 €	0,2 €	1,4 €	0,4 €	76,0 €
041	P A Bolzano	2,3 €	0,1 €	1,8 €	0,1 €	0,0 €	0,0 €	4,4 €
042	P A Trento	3,8 €	0,2 €	2,4 €	0,2 €	0,3 €	0,0 €	6,9 €
050	Veneto	19,5 €	1,1 €	0,9 €	0,0 €	1,8 €	0,1 €	23,5 €
060	Friuli-Venezia Giulia	2,0 €	0,0 €	1,1 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	3,8 €
070	Liguria	6,3 €	0,4 €	1,4 €	0,0 €	0,5 €	0,2 €	8,9 €
080	Emilia-Romagna	16,8 €	1,1 €	17,7 €	0,9 €	3,7 €	0,3 €	40,3 €
090	Toscana	9,0 €	0,3 €	1,1 €	0,1 €	0,8 €	0,1 €	11,3 €
100	Umbria	2,9 €	0,3 €	0,4 €	0,0 €	0,3 €	0,0 €	3,8 €
110	Marche	4,4 €	0,0 €	2,7 €	0,1 €	0,2 €	0,3 €	7,7 €
120	Lazio	27,2 €	3,5 €	11,0 €	0,6 €	0,6 €	0,5 €	43,4 €
130	Abruzzo	4,2 €	0,0 €	1,0 €	0,0 €	0,6 €	0,0 €	5,8 €
140	Molise	1,8 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,1 €	1,9 €
150	Campania	15,5 €	2,4 €	5,1 €	0,3 €	0,4 €	0,1 €	23,7 €
160	Puglia	12,0 €	0,3 €	1,8 €	0,0 €	0,7 €	0,1 €	14,9 €
170	Basilicata	1,5 €	0,0 €	1,1 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	2,6 €
180	Calabria	6,2 €	0,4 €	1,8 €	0,1 €	0,0 €	0,3 €	8,7 €
190	Sicilia	17,2 €	1,0 €	2,4 €	0,1 €	1,3 €	0,4 €	22,3 €
200	Sardegna	2,7 €	0,2 €	0,9 €	0,1 €	0,3 €	0,0 €	4,2 €
	Italia	249,0 €	13,2 €	66,9 €	2,9 €	14,7 €	2,9 €	349,6 €

L'impatto di spesa complessivo annuo stimato risulta coerente con le disponibilità finanziarie individuate in 350 milioni di euro annui dall'articolo 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 a decorrere dall'anno 2026.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI
MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E METODOLOGICA PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA E LUNGODEGENZA POST ACUZIE

SOMMARIO

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO	1
2. CLASSIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE E DI LUNGODEGENZA POST ACUZIE.....	2
3. IL SISTEMA DI TARIFFAZIONE VIGENTE	4
4. IL PERCORSO E L'APPROCCIO METODOLOGICO UTILIZZATO PER AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE PER ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE E DI LUNGODEGENZA POST ACUZIE.....	5
5. STUDI DISPONIBILI RELATIVI ALL'ANALISI DI COSTO	5
STUDIO PILOTA DELL'EMILIA-ROMAGNA.....	5
STUDIO AGENAS.....	10
OSSERVAZIONI AGLI STUDI DISPONIBILI	11
6. LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA E LA METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZIE	12

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO

La determinazione delle tariffe massime nazionali, ai sensi dell'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo n. 502/1992, rientra nell'ambito delle tradizionali funzioni governative di programmazione sanitaria ed economica.

La recente emanazione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 25 novembre 2024, recante la “*Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*”, ha permesso di dare piena applicazione su tutto il territorio nazionale ai contenuti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (DPCM LEA) recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”. Le tariffe nazionali relative all'assistenza ospedaliera sono a normativa vigente quelle

fissate dal decreto ministeriale 18 ottobre 2012.

In tale quadro generale si inserisce la legge 30 dicembre 2024 n. 207 recante il “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 305 S.O. n. 43 del 31 dicembre 2024, che all’articolo 1, comma 300, stabilisce che *“Al fine di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie e dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è autorizzata la spesa di 77 milioni di euro per l'anno 2025, destinata ai Diagnosis Related Groups (DRG) post acuzie e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, destinata rispettivamente per 350 milioni di euro ai DRG post acuzie e per 650 milioni di euro ai DRG per acuti.”*

L’emanazione del presente provvedimento finalizzato ad aggiornare *le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie* costituisce provvedimento finalizzato all’aggiornamento tariffario delle prestazioni sanitarie ricomprese nel DPCM LEA 2017 consentendo l’utilizzo del relativo finanziamento previsto.

Il presente provvedimento è adottato in conformità a quanto previsto dall’articolo 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie) del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, oggetto dell’Intesa sancita nella seduta del 10 luglio 2014 della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 82/CSR), in applicazione dell’articolo 8-sexies, commi 5 e 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

In particolare, il citato articolo 9 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 ha previsto l’istituzione, senza oneri a carico della finanza pubblica, presso il Ministero della salute di una Commissione permanente, costituita dai rappresentanti dello stesso Ministero, del Ministero dell’economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e Province autonome e dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), con il compito di provvedere, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, alle seguenti attività:

- aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica;
- individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima;
- definire criteri e parametri di riferimento per l’individuazione di classi tariffarie;
- promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

La Commissione, formalmente istituita con decreto del Ministero della salute del 18 gennaio 2016, si è insediata il 2 febbraio 2016 presso la sede del Ministero della salute. Con il successivo decreto del Ministero della salute del 26 maggio 2022 si è provveduto al rinnovo dei componenti (ulteriormente modificati con decreti del 21 giugno 2022 e del 1° agosto 2023) ed alla individuazione di ulteriori funzioni legate alla definizione di regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina.

2. CLASSIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE E DI LUNGODEGENZA *POST ACUZIE*

La riabilitazione, accanto alla prevenzione e alla diagnosi e cura, costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario per il completamento delle attività a tutela della salute dei cittadini. L’insieme delle pratiche riabilitative rappresenta un percorso mirato e personalizzato volto al raggiungimento del miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale degli assistiti colpiti da malattia, lesioni o disabilità.

Al fine di garantire la presa in carico globale dell’assistito, la Conferenza Stato-Regioni, in sede di accordo del 7 maggio 1998 (Rep. Atti n. 457/CSR), ha emanato le prime "Linee-guida del Ministro della sanità per le

attività di riabilitazione", mentre il successivo "Piano di Indirizzo per la riabilitazione" del 10 febbraio 2011 (Rep Atti n. 30/CSR) ha definito i principi a cui le regioni e le province autonome devono ispirarsi per l'organizzazione dei modelli erogativi, per il miglioramento dei sistemi riabilitativi e per una maggiore omogeneità delle prestazioni, dell'accuratezza e dell'appropriatezza, oltre agli strumenti e metodi per la realizzazione dei suddetti principi. L'attività riabilitativa viene quindi classificata per livello di intensità, per regime di erogazione e per fase dell'intervento. Infine, l'accordo Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 124/CSR) ha definito le "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione", mentre il conseguente decreto del Ministero della salute 5 agosto 2021 ha disciplinato i "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".

L'ambito di applicazione del suddetto decreto sono i ricoveri dei pazienti adulti effettuati in regime ordinario e diurno (DH - Day Hospital) da Unità Operative afferenti alle discipline Unità spinale (codice 28), Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), Neuroriabilitazione (codice 75) e attribuibili principalmente alle Macro categorie diagnostiche (MDC) MDC 1-Malattie e disturbi del sistema nervoso, MDC 4-Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, MDC 5-Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, MDC 8-Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico fino a tutti gli altri MDC 2-3-6-7-9 fino a 25 e gli altri DRG non classificabili. A quest'ultimi si aggiungono i pazienti ricoverati in lungodegenza *post acuzie* (codice 60), provenienti da degenze per acuti, mediche o chirurgiche, con quadri clinici instabili che necessitano di importanti trattamenti sanitari.

Inoltre, viene precisato che per "ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto", devono intendersi i ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità operative afferenti alle suddette discipline e relative MDC che sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale (longitudinale) dei pazienti, mediante le informazioni presenti nel flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Vengono pertanto definiti i criteri da adottare per un'appropriata associazione dei ricoveri al codice disciplina e alle relative MDC, tenendo conto della correlazione clinica tra le diagnosi (principale o secondaria) di dimissione indicate nella SDO del ricovero in acuzie e il successivo ricovero di riabilitazione. A tal proposito è opportuno precisare che il decreto del Ministero della salute 26 settembre 2023, ha previsto l'integrazione e l'aggiornamento delle informazioni raccolte dal flusso SDO (tracciato C) relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline con codici 28, 56, 75), prevedendo le scale di disabilità e di complessità clinica per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri, allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo e di rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito. In seguito a tale implementazione, è stato pertanto possibile avviare, dal 1° gennaio 2024, il periodo di sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera sanciti dal decreto 5 agosto 2021 e individuati nel protocollo definito dal Gruppo tecnico interistituzionale incaricato di realizzare la sperimentazione, ai sensi dell'articolo 6 del medesimo decreto.

L'attività di sperimentazione di cui sopra non risulta conclusa alla data del presente decreto.

Per la disciplina Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), il decreto 5 agosto 2021 definisce tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero, in base alla diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo.

I livelli di complessità definiti sono i seguenti:

- ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a)
- ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b)
- ricoveri di riabilitazione estensiva (codice 56c).

I livelli di complessità sono correlati a specifici criteri di appropriatezza basati sulla presenza, nella SDO del ricovero di riabilitazione (SDOr), di specifici codici ICD-9-CM¹ rappresentativi di situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa, tali da aggravare il percorso diagnostico, clinico-terapeutico e assistenziale e dei valori in ingresso indicati nel

¹ *International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*

protocollo sperimentale per le scale di funzionalità premorbosa *Rankin Scale*, di disabilità *Barthel Index* (BI), *Barthel Index Dispnea* (BD) (solo per riabilitazione respiratoria), *Six Minute walk test* (6MWT) (solo per riabilitazione cardiologica) e di complessità *Rehabilitation Complexity Scale* (RCS) individuate per la valutazione del grado di disabilità per ciascun livello di complessità delle strutture che presentano codice disciplina 56.

L'attività ospedaliera di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione afferisce invece all'Unità spinale (codice disciplina 28) e alla Neuroriabilitazione (codice disciplina 75).

Le Unità di Neuroriabilitazione sono strutture finalizzate alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di Gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS (*Glasgow Coma Scale*) inferiore o uguale a 8, e associate a menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali che comportano disabilità grave, ovvero pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano tra le diagnosi principali o secondarie uno o più codici ICD9-CM precisati dal citato decreto 5 agosto 2021, con inserimento obbligatorio nella SDO di valori di ingresso delle specifiche scale di funzionalità indicate nel protocollo sperimentale relativi a indicatori di gravità sia della compromissione funzionale che della complessità riabilitativo assistenziale superiori a soglie definite dal Gruppo tecnico che si occupa di realizzare la suddetta sperimentazione.

Le Unità spinali sono strutture di alta specialità destinate ad accogliere il paziente con lesione midollare traumatica e non traumatica, con l'obiettivo del recupero della massima autonomia e indipendenza, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali. Il decreto 5 agosto 2021, in analogia a quanto operato per le altre due discipline, provvede a indicare gli elementi del flusso SDO per identificare i pazienti affetti da "mielolesione" afferenti al codice disciplina 28.

Rispetto all'attività riabilitativa, si evidenzia che la stessa può anche esplicarsi attraverso la Lungodegenza medica (Codice disciplina 60), ovvero attraverso un regime assistenziale destinato ad accogliere pazienti provenienti da degenze per acuti, mediche o chirurgiche, con quadri clinici instabili che necessitano di trattamenti sanitari rilevanti.

In coerenza con la disamina effettuata e in accordo con le "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione", in sede ospedaliera, il riferimento per la corretta e omogenea codifica è il sistema internazionale di classificazione ICD9-CM, mentre per gli aspetti remunerativi, che saranno oggetto di approfondimento nei successivi paragrafi, si fa riferimento al sistema DRG e alla classificazione MDC.

3. IL SISTEMA DI TARIFFAZIONE VIGENTE

Il decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012, avente ad oggetto "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", all'allegato 2 riporta le tariffe giornaliere nazionali massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, a carico del SSN.

Le suddette tariffe, definite per giornata di degenza e per singola MDC, sono ulteriormente distinte in "ricovero ordinario, durata di degenza entro ed oltre il valore soglia" e "ricovero diurno, entro ed oltre il valore soglia". Per ciascuna MDC viene pertanto riportato il numero di giornate da considerare come valore soglia, inoltre, la tariffa massima della giornata di ricovero ordinario, oltre il valore soglia specifico per MDC, è abbattuta del 40%. Al contempo, la tariffa massima per accesso in ricovero diurno è pari all'80% di quella relativa al ricovero ordinario, inoltre è previsto un abbattimento del 40% della tariffa massima di remunerazione dell'accesso in ricovero diurno qualora venga superato il valore soglia relativo al numero di accessi specifico per MDC e stabilito dalla normativa regionale.

Il medesimo decreto 18 ottobre 2012 specifica che per particolari soggetti, ovvero per coloro che sono affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C (classificazione

dell'*American Spinal Injury Association*) la tariffa giornaliera è maggiorata rispetto a quella prevista per la categoria MDC associabile; inoltre, per questa tipologia di pazienti riconducibili ai codici disciplina 75 e 28, non viene applicato l'abbattimento tariffario pari al 40% previsto per il superamento del valore soglia definito. Separatamente, viene indicata la tariffa per la Lungodegenza (codice disciplina 60) per la quale non è prevista la modalità di ricovero in regime diurno. Anche in questo caso la tariffa massima giornaliera oltre il valore soglia prevede un abbattimento del 40%, mentre per i pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza la tariffa giornaliera risulta maggiorata e non sono previsti abbattimenti connessi alla durata del ricovero.

4. IL PERCORSO E L'APPROCCIO METODOLOGICO UTILIZZATO PER L'AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE MASSIME NAZIONALI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE E DI LUNGODEGENZA POST ACUZIE

Per aggiornare gli strumenti informativi e normativi riguardanti i ricoveri di riabilitazione, il Ministero della salute - Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria (d'ora in poi DGPROGS) ha avviato un percorso condiviso con la Direzione generale del sistema informativo, le cui competenze sono poi confluite nel 2025 nell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, e con le Società scientifiche di riabilitazione, volto alla definizione del nucleo minimo di contenuti informativi da integrare nella SDO per descrivere adeguatamente i ricoveri di riabilitazione ospedaliera e per rappresentarne il prodotto assistenziale, anche in termini di esito. Tale percorso ha portato all'emanazione del richiamato decreto del Ministero della salute 26 settembre 2023, che ha disposto l'implementazione delle informazioni raccolte dal flusso SDO relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (codici discipline 28, 56, 75), rendendo possibile l'avvio, a partire dall'anno 2024, della sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera definiti con il decreto 5 agosto 2021 e individuati nel protocollo definito dal Gruppo tecnico interistituzionale, ai sensi del citato articolo 6 dello stesso decreto.

La sperimentazione dei suddetti criteri, oltre a consentire l'attribuzione della casistica appropriata alle tre differenti discipline di riferimento, consentirà anche di ottenere maggiori informazioni per lo studio dei profili di costo utili ai prossimi aggiornamenti delle tariffe delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera.

Per quanto riguarda le nuove previsioni normative in ambito riabilitativo, come già descritto al paragrafo 2, il decreto 5 agosto 2021 ha introdotto tre diversi livelli di complessità per le unità operative di codice disciplina 56 (Recupero e riabilitazione funzionale), nei quali viene erogata la grande maggioranza dei ricoveri di riabilitazione.

Tale previsione, oltre a consentire una migliore definizione dell'appropriatezza in base alla complessità del ricovero, consente di superare per il codice 56 la remunerazione a tariffa unica per giornata di degenza basata sulla MDC di appartenenza del ricovero. La distinzione del codice 56 in tre sottolivelli consente, pertanto, di introdurre una differenziazione delle tariffe che tenga conto dei livelli di complessità della casistica e dei diversi gradi di intensità riabilitativa, collegando la remunerazione alle risorse impiegate nel trattamento.

Considerate le suddette premesse, nelle more di portare a compimento il sopracitato lavoro, il Ministero della salute ha avviato un'attività finalizzata alla revisione e all'aggiornamento delle vigenti tariffe per le prestazioni, di riabilitazione nel rispetto dell'impianto normativo vigente. Pertanto è stata effettuata, coerentemente con quanto sancito dal decreto legislativo n. 502/1992, una preliminare valutazione delle tariffe regionali vigenti, quindi una valutazione delle analisi e studi di costo disponibili, e infine, una elaborazione di dati di costo resi disponibili nel corso dei lavori.

5. STUDI DISPONIBILI RELATIVI ALL'ANALISI DI COSTO

5.1 STUDIO PILOTA DELL'EMILIA-ROMAGNA

Per definire una metodologia utile per la rilevazione dei costi delle prestazioni di tipo riabilitativo, il Ministero della salute ha stipulato con la Regione Emilia-Romagna un accordo di collaborazione (DGR n. 2275/2018), ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, finalizzato allo sviluppo di uno strumento di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione, da testare su un campione di strutture riabilitative della Regione stessa e potenzialmente estendibile a un campione allargato di strutture collocate sul territorio

nazionale. I risultati dello studio sono stati trasmessi al Ministero della salute nel mese di giugno 2021. La scelta dell'Emilia-Romagna è stata motivata dal fatto che la rete regionale dell'offerta riabilitativa pubblica e privata accreditata di tale Regione è organizzata sin dal 2002 sul modello *Hub&spoke*, coerentemente con quanto indicato nel decreto del Ministero della salute n. 70 del 2015, presenta un buon tasso di attrazione per pazienti provenienti da altre regioni e, dal 2016, ha introdotto l'uso di scale per la valutazione della disabilità (*Barthel Index - BI*) e della complessità clinico-assistenziale (*Rehabilitation Complexity Scale - RCS*) per tutti i ricoveri nei reparti di riabilitazione.

Il suddetto accordo ha stabilito, nell'ambito della ripartizione dei compiti tra le parti, l'impegno della Regione Emilia-Romagna a effettuare uno Studio pilota con i seguenti obiettivi:

1. Classificazione dei profili di consumo iso-risorse per le discipline aventi codice 75, 28 e 56 secondo i tre livelli di complessità del ricovero riabilitativo come definiti dal decreto ministeriale 5 agosto 2021, con il contributo di strumenti oggettivi quali le scale di valutazione di disabilità (<i>Barthel Index - BI</i>) e complessità clinico riabilitativa (<i>Rehabilitation Complexity Scale - RCS</i>).
2. Predisposizione di una metodologia e raccolta dei dati di consumo/costi per caso trattato e per livello di complessità. Modello <i>micro-costing</i> .
3. Analisi dei consumi/costi per complessità della casistica e introduzione di eventuali fattori di correzione.

I risultati finali attesi e relativi indicatori sono i seguenti:

1. Classificazione per disciplina e per livello di complessità clinico assistenziale di gruppi di patologie a cui associare potenziali profili di consumo/costi simili.
2. Elaborazione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri in riabilitazione da sperimentare su un campione di strutture dell'Emilia-Romagna e da poter poi riprodurre su scala nazionale.
3. Report finale con esiti della sperimentazione della metodologia sul campione di strutture della Regione Emilia-Romagna.

Per adempiere a tale mandato, la Regione Emilia-Romagna ha provveduto a stipulare specifici accordi di collaborazione con le Aziende Sanitarie USL e le Aziende Ospedaliere-Universitarie della Regione, nonché con le strutture private accreditate. Inoltre, è stato costituito un apposito gruppo di lavoro deputato alla definizione di una metodologia per la rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione, costituito da professionisti appartenenti alle strutture pubbliche e private accreditate, dai direttori sanitari delle Aziende collaboratrici e dal referente per il Ministero della salute.

Il gruppo di lavoro è giunto alla definizione di una metodologia di indagine, proponendo due procedure:

I. <u>Indagine retrospettiva</u> per la rilevazione dei dati di costo della riabilitazione ospedaliera attraverso i dati della contabilità analitica (CoAn) forniti dai controlli di gestione delle strutture pubbliche e private accreditate in tutti i <i>setting</i> riabilitativi di interesse (discipline con codici 28, 56, 75).
II. <u>Indagine prospettica</u> per la raccolta di dati di consumo per caso trattato (Modello <i>micro-costing</i>) e per la identificazione, secondo quanto previsto dal decreto ministeriale 5 agosto 2021 di differenti livelli di complessità clinica della disciplina codice 56 (riabilitazione intensiva), ovvero maggiore complessità 56a, media complessità 56b e minore complessità che comprende anche la riabilitazione estensiva 56c. Quest'ultimo obiettivo della indagine è stato perseguito attraverso l'uso delle scale riabilitative <i>Rehabilitation Complexity Scale (RCS-EV13)</i> e <i>Barthel Index (BI)</i> .

La selezione per tipologia di *setting* (discipline con codici 28, 56 e 75) del campione di strutture partecipanti allo studio pilota, è stata effettuata in riferimento all'anno 2018 prendendo in considerazione i seguenti elementi:

a) compilazione di almeno 1 delle 2 scale riabilitative nella SDO riabilitativa;

b) distribuzione in riferimento alla disciplina con codice 56, della casistica di ricovero per le 4 MDC oggetto del decreto ministeriale 5 agosto 2021 sui criteri di appropriatezza (MDC 1-Sistema Nervoso; MDC 4-

Apparato Respiratorio; MDC 5-Apparato Cardio-Circolatorio; MDC 8-Apparato Muscolo-Scheletrico, Tessuto Connettivo). L'osservazione si è concentrata sulle strutture pubbliche e private accreditate che hanno soddisfatto il punto a);

c) distribuzione del numero dei posti letto, del numero dei dimessi e del totale delle giornate di degenza fra strutture pubbliche e private accreditate.

Sono state selezionate le seguenti strutture (6 strutture private accreditate e 8 pubbliche per la disciplina con codice 56, una struttura pubblica e una privata accreditata per la disciplina con codice 75 e 2 strutture pubbliche per la disciplina con codice 28):

<u>Riabilitazione intensiva (disciplina codice 56)</u>	Ospedali privati accreditati di San Giacomo (PC), Ospedale Villa Igea (MO), Ospedale Villa Pineta (MO), Ospedale Villa Bellombra (BO), Ospedale Villa Maria Cecilia (RA), Ospedale Sol et Salus (RN) e presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Parma, Modena, Bologna, Ferrara, lo IOR di Bologna, gli Ospedali Santa Maria Nuova e Correggio dell'Azienda USL di Reggio Emilia e presso l'Ospedale di Cesenatico dell'Azienda USL della Romagna.
<u>Neuroriabilitazione (disciplina codice 75)</u>	Ospedale Privato Accreditato Cardinal Ferrari di Fontanellato (PR) e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.
<u>Unità spinale (disciplina codice 28)</u>	Lo studio è stato effettuato presso le Unità Spinali di Montecatone Rehabilitation Institute Spa nel territorio dell'Azienda USL di Imola e di Villanova D'Arda nel territorio della Azienda USL di Piacenza.

5.1.1 Indagine retrospettiva per la rilevazione dei dati di costo e relativi risultati

Come già rappresentato, la rilevazione retrospettiva dei dati di costo della riabilitazione ospedaliera è stata effettuata attraverso i dati della contabilità analitica forniti dal controllo di gestione delle strutture coinvolte. I fattori produttivi utilizzati per il calcolo del costo standard di produzione delle prestazioni osservate sono:

Costi diretti di disciplina	consumo di beni sanitari e non sanitari, acquisto di prestazioni sanitarie, prestazioni sanitarie interne, ammortamenti di attrezzature, beni e fabbricati ad uso esclusivo, servizi non sanitari, trasporti sanitari, affitti, locazioni, noleggi e <i>leasing</i> , personale medico, personale infermieristico (dirigenza e comparto), operatori della riabilitazione, personale amministrativo (dirigenza e comparto), personale tecnico, dirigenza non medica, altro personale.
Costi indiretti di struttura	utenze, ammortamenti e manutenzioni di attrezzature, beni e fabbricati ad uso esclusivo e ad uso non esclusivo.
Costi generali dell'unità produttiva della prestazione	costi per la direzione generale, gli organi e organismi aziendali, le direzioni infermieristiche, socio-sanitarie, i servizi amministrativi di supporto, l'ufficio comunicazione, i servizi informatici, il servizio formazione, i costi di assicurazione.

Il criterio di rilevazione utilizzato per i costi del personale è il metodo del costo effettivo, considerando il valore di competenza economica (maturato) del periodo e non il valore pagato. Per quanto riguarda l'attribuzione del personale dipendente alle discipline, ciascun dipendente è allocato, dal punto di vista contabile, a una unità di offerta specifica alla quale fornisce il proprio contributo per la produzione di prestazioni e servizi.

Infine, per tutti gli stabilimenti partecipanti sono stati raccolti i dati relativi al numero dei posti letto e alle giornate di degenza di tutti i ricoveri e in qualsiasi MDC.

Una volta completata la raccolta delle informazioni richieste, è stato quindi calcolato il costo medio pieno per giornata di degenza per ciascun *setting* (discipline con codici 28, 56, 75) e in ognuna delle strutture partecipanti allo studio, giungendo al costo medio regionale della giornata di riabilitazione per le tre discipline di seguito riassunti:

	CODICE 56		CODICE 75		CODICE 28	
Costi medi per giornata di degenza	pubblici (8)	privati (6)	pubblici (1)	privati (1)	pubblici (2)	privati (0)
Beni e servizi	86,4€	45,8€	129,7€		118,3€	
Personale	254,1€	158,7€	237,8€		253,7€	
Costi generali	49,6 €	88,5€	88,6€		93,1€	
Costo medio totale	390,1€	293€	456,2€		465,2€	

Le tre discipline della riabilitazione ospedaliera mostrano costi per giornata di degenza significativamente differenti, derivanti dalla tipologia di casistica trattata, in particolare le strutture aventi discipline con codice 28 e 75 hanno costi per giornata di degenza nettamente maggiori rispetto alle strutture aventi discipline con codice 56.

Questa differenza è attribuibile alla casistica più complessa, che inevitabilmente si riflette su un maggior assorbimento di beni e servizi, ma soprattutto su un maggior impegno di personale.

Si osserva anche una sostanziale differenza nel costo giornaliero della disciplina con codice 56 tra strutture pubbliche (390 €) e private (293 €); in particolare, per il personale si rileva una dotazione superiore per le strutture pubbliche, che si traduce in un costo per giornata di degenza di quasi 100 € superiore rispetto a quelle private. Ciò in relazione alla diversa natura dei contratti di lavoro del personale dipendente con particolare rilevanza di quello medico (nel pubblico tutti i medici sono dipendenti, nel privato la maggior parte dei medici è assunta con contratto libero-professionale che presenta un costo inferiore).

I costi generali delle strutture private sono significativamente superiori a quelli delle strutture pubbliche. Ciò a causa del diverso dimensionamento (maggiore) delle strutture pubbliche (le private rappresentano anche realtà mono-specialistiche), con la possibilità di una maggiore ripartizione dei costi generali tra i reparti.

Infine, i costi di beni e servizi delle strutture pubbliche risultano molto più elevati rispetto a quelli osservati nelle strutture private. Ciò perché le 8 strutture pubbliche analizzate vi sono strutture che, pur avendo posti letto attribuiti alla disciplina con codice 56, trattano pazienti complessi con maggiore impegno anche in termini di beni e servizi.

I. 5.1.2 Indagine prospettica per la rilevazione dei dati di costo per caso trattato e relativi risultati

Come anticipato, lo studio pilota ha previsto una indagine prospettica per la determinazione dei consumi per caso trattato sulla base dei dati di *micro-costing*, rilevando ogni principale intervento clinico-riabilitativo (dalla diagnosi alla cura) proposto durante la degenza e per ciascun paziente ricoverato nei reparti con disciplina con codice 56, nelle principali MDC (1,4,5,8).

Lo stesso studio ha previsto di indagare, attraverso l'uso delle scale riabilitative *RCS-Ev13* e *BI (Barthel Index)*, i livelli di complessità della disciplina ospedaliera di riabilitazione avente codice 56.

Il gruppo di lavoro ha discusso e identificato una lista delle principali variabili di interesse al raggiungimento degli obiettivi di studio, giungendo al calcolo della dimensione campionaria e alla definizione delle modalità di raccolta delle informazioni identificate.

Il calcolo della dimensione campionaria è stato effettuato considerando un'analisi multivariata della covarianza, andando a indagare le differenze tra 30 gruppi di pazienti (ogni gruppo rappresenta una variabile dipendente), caratterizzati ciascuno da un profilo di *outcome* espresso in termini di disabilità (*Barthel Index*) e Complessità (*RCS-EV13*) cioè variabili indipendenti. Inoltre, il modello ha previsto una serie di variabili secondarie (covariate) che potrebbero influenzare la relazione tra le variabili dipendenti e quelle indipendenti di interesse primario.

Per la raccolta e registrazione dei dati di costo, delle caratteristiche utili a definire il profilo clinico dei casi e a identificare le differenti organizzazioni degli stabilimenti partecipanti, sono state ideate specifiche schede di rilevazione dati, la cui compilazione è stata a carico delle strutture partecipanti. In particolare è stata elaborata una scheda di informazioni per struttura e una scheda informazioni per paziente.

Il processo di analisi ha previsto tre fasi preliminari:

<u>Fase 1. Attribuzione univoca delle valorizzazioni dei dati di consumi</u> Il primo processo di valorizzazione dei dati di consumo è stato effettuato mediante due differenti procedure dovute alla diversità delle due realtà sanitarie coinvolte: alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche è stata attribuita una valorizzazione secondo quanto riportato nel tariffario regionale quale <i>proxy</i> del dato di costo, è stato invece richiesto a ciascuna privata accreditata di indicare, per ogni prestazione erogata, i propri dati di consumo. Ai fini di una analisi omogenea delle variabili di <i>micro-costing</i>, è risultato utile identificare, per ciascuna variabile, un unico valore economico da attribuire a entrambe le tipologie di strutture.
<u>Fase 2. Procedura di controllo qualità del dato</u> Alla conclusione della raccolta del dato e della attribuzione economica univoca per ogni prestazione registrata, la procedura sperimentale ha previsto una fase di controllo della qualità del dato con l'obiettivo di favorire l'affidabilità dell'indagine statistica e del risultato.
<u>Fase 3. Classificazione dei livelli di complessità della disciplina con codice 56</u> La classificazione dei differenti livelli di complessità della disciplina con codice 56 è stata raggiunta esaminando la distribuzione dei dati attraverso una tecnica statistico-metodologica comunemente adottata in clinica per facilitare e condividere l'interpretazione dei punteggi delle scale di valutazione. In particolare, si è proceduto a ricodificare in classi (o <i>range</i>) il punteggio totale della scala, considerando ogni classe rappresentativa di proprie caratteristiche "cliniche" osservabili nel paziente. All'interno di queste classi è stato quindi indagato il profilo clinico tipico del paziente ricoverato in reparti con codice 56 e sono state identificate, nella distribuzione delle classi di BI e RCS, due macro-aree, ovvero l'area di appropriatezza di ricovero e quella di inappropriatezza.

Adottando lo stesso approccio clinico, è stato possibile identificare, all'interno dell'area di appropriatezza di ricovero, tre ulteriori aree distinte:

A. Area caratterizzata da una minor complessità a fronte di un'ampia distribuzione di disabilità (codice 56c - riabilitazione estensiva).
B. Area caratterizzata da una riduzione del grado di disabilità a fronte di un aumento della complessità e una riduzione della complessità a fronte di un incremento della disabilità, che potrebbe quindi essere interpretabile come rappresentativa del profilo più tipico del paziente (codice 56b - riabilitazione di media complessità).
C. Area rappresentativa di un dato informativo di massima complessità e disabilità (codice 56a).

I dati di consumo per caso trattato sono stati calcolati moltiplicando la valorizzazione economica di ciascuna prestazione erogata, di cui alla sopraripportata "Fase 1.", per il numero di prestazioni di ciascun caso registrato e dividendo tale risultato per il numero di giornate di ricovero.

L'indagine ha previsto quindi un approfondimento dei rapporti tra la distribuzione dei consumi, identificando i "pesi" del campione raccolto. E' stato attribuito il valore di 100% al consumo totale medio o mediano emerso per giornata di degenza, sono stati ricavati i "pesi percentuali" di ciascuna classe A-B-C in ciascuna MDC.

Dalla distribuzione percentuale dei pesi si rileva come il rapporto tra l'MDC 1 e il totale risulti maggiore rispetto alle altre categorie diagnostiche, inoltre emerge che il peso minore sia rappresentato dalla MDC 8.

I rapporti nella distribuzione dei pesi sembrano infine mostrare un profilo coerente anche nei gradi di complessità delle classi A-B-C per la disciplina con codice 56, dove la classe A risulta maggiore della B e della classe C.

II. 5.1.3 Integrazione indagine retrospettiva e prospettica e risultanze finali dello studio

Al fine di identificare un possibile costo medio pieno per giornata di degenza e per MDC, sono stati integrati i pesi percentuali, come descritti sopra, con il costo medio pieno per giornata di degenza risultato dalla indagine retrospettiva, arrivando così a definire un costo medio pieno per giornata di degenza nelle differenti MDC e nelle rispettive e complessive classi A-B-C.

Tali risultanze sono sintetizzate nella tabella seguente:

		GRID. CODICE 56				GRID. CODICE 56			
MDC		A	B	C	Tot.	A	B	C	Tot.
5	Cardiological	363,49 €	335,88 €	215,08 €	321,24 €	113,9%	105,3%	67,4%	100,7%
1	Neurological	397,42 €	371,5 €	197,78 €	378,13 €	124,6%	116,5%	62,0%	118,5%
8	Orthopedical	278,01 €	378,97 €	190,36 €	275,48 €	87,2%	118,8%	59,7%	86,4%
4	Pneumological	405,14 €	350,65 €	201,51 €	346,13 €	127,0%	109,9%	63,2%	108,5%
Totale		358,91 €	314,24 €	200,25 €	319,00 €	112,5%	98,5%	62,8%	100,0%

Tra gli aspetti di particolare interesse emersi dallo studio è stato evidenziato l'impatto delle prestazioni tecniche della Riabilitazione (Fisioterapia, Massoterapia, Logoterapia, Terapia Occupazionale) quale variabile rappresentativa del profilo di complessità A-B-C del paziente ricoverato in riabilitazione intensiva e dei suoi profili di consumo in tutte le MDC considerate, pertanto la stessa può essere utilizzata in ottica predittiva per i costi della riabilitazione ospedaliera su scala nazionale.

5.2 STUDIO AGENAS

In data il 16 agosto 2021 è stato siglato un accordo di collaborazione in base al quale la DGPROGS del Ministero della salute ha affidato all'Agenas la realizzazione del "Progetto nazionale per lo sviluppo e la sperimentazione di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere - It Drg". L'accordo prevedeva lo studio dei costi relativi ai ricoveri per acuti associati ai nuovi gruppi It.DRG e ai pesi relativi ad essi correlati. Gli esiti dello studio così impostato sono stati trasmessi da Agenas alla DGPROGS in data 28 settembre 2023, poi integrato il successivo 27 ottobre da uno studio finalizzato alla valorizzazione tariffaria per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero.

La rilevazione ha riguardato le discipline con codici 28, 56 e 75 ed è stata condotta con strutture private accreditate indicate da Associazioni di riferimento (AIOP-ARIS) e attraverso autocandidature delle strutture.

Le strutture di riabilitazione interessate dalla rilevazione sono state le seguenti:

- I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia (Regione Lazio);
- I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele (Regione Lazio);
- I.R.C.C.S. Ospedale Sacro Cuore Don Calabria (Regione Veneto).

La rilevazione è stata condotta attraverso l'utilizzo del tracciato *record* già predisposto da Agenas per la rilevazione dei costi delle prestazioni sanitarie ospedaliere, opportunamente riadattato per il nuovo ambito di indagine della riabilitazione post-acuzie.

Sono stati quindi rilevati i costi diretti, i costi di supporto e i costi generali e amministrativi. Il costo medio è stato calcolato ponderando i costi rilevati con il numero delle giornate di degenza relative a ogni struttura. Tale costo medio fa riferimento al costo per giornata di degenza in regime di ricovero ordinario ospedaliero.

Per la rilevazione dai costi del personale impiegato sono stati utilizzati i dati di costo rilevati nelle singole strutture, suddivisi per singolo codice disciplina, mentre in altri casi sono stati utilizzati i dati così come forniti dalle singole strutture sanitarie. Inoltre, è stato assunto che il numero dei ricoveri effettuati nel corso dell'anno 2022 fosse una variabile costante per il calcolo della stima dell'impatto.

La tabella seguente sintetizza per singola disciplina, i dati dei casi totali analizzati (in giornate di degenza), il costo medio e la tariffa nazionale vigente di cui all'allegato 2 del decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012:

COSTO MEDIO PER CODICE DISCIPLINA E GIORNATE DI DEGENZA			
Codice disciplina	N° di giornate di degenza analizzate	Costo medio per giornata di degenza	Tariffa vigente
28 - Unità Spinale	30.145	485,76 €	470 €
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	190.246	226,86 €	da 231 € a 272.70 €
75 - Neuroriabilitazione ad alta specializzazione	67.777	521,72 €	470 €
75 - Neuroriabilitazione ad alta specializzazione- Post Coma	15.619	598,81 €	470 €

5.3 CONSIDERAZIONI SUGLI STUDI DISPONIBILI

Lo studio effettuato dalla Regione Emilia-Romagna, rappresenta un'ottima base di partenza, dal punto di vista metodologico, per porre le fondamenta per il cambiamento delle regole di sistema e di remunerazione che si inquadrano nel più ampio percorso tracciato dal Ministero della salute per aggiornare gli strumenti informativi e normativi riguardanti i ricoveri di riabilitazione, volto alla definizione del nucleo minimo di contenuti informativi da integrare nella SDO per descrivere adeguatamente i ricoveri di riabilitazione ospedaliera e per rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito (flusso SDO), relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline con codici 28, 56, 75). La sperimentazione dei suddetti criteri, oltre a consentire l'attribuzione della casistica appropriata alle tre differenti discipline di riferimento, consentirà, come detto, anche di ottenere maggiori informazioni per lo studio dei profili di costo utili per l'aggiornamento delle tariffe di cui all'allegato 2 del decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012, nonché alla futura manutenzione delle stesse.

In quest'ottica, lo studio risulta valido per acquisire informazioni utili alla rilevazione dei dati di costo per fattori produttivi utilizzati per il calcolo del costo *standard* di produzione della prestazione di riabilitazione. Tuttavia, dall'estrazione della SDO, e in particolare delle giornate di degenza nella disciplina avente codice 56, si evince che circa il 70% della produzione è erogata dal privato accreditato. La stratificazione del campione, nello studio sopra presentato, non ricalca tale percentuale, ancor di più per quanto concerne le discipline aventi codici 75 (neuro-riabilitazione) e 28 (unità spinale).

Il lavoro condotto da Agenas, sotto il profilo metodologico, è basato su un sistema di analisi volto a rilevare il costo pieno della produzione per singolo caso di ricovero con discipline aventi codice 28 (unità spinale), 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 75 (neuroriabilitazione ad alta specializzazione e post coma), costruendo un "modello misto", basato in minima parte sulla tecnica del *direct costing* (valorizzazione dei fattori produttivi attraverso l'imputazione diretta dei costi derivanti da un sistema di contabilità analitica), e per la maggior parte sulla tecnica dell'*Activity Based Costing* (ABC), per la valorizzazione dei costi non direttamente imputabili. Si rileva la bassa numerosità del campione delle strutture utilizzato: sole 3 strutture (tutte IRCCS) di cui 2 del Lazio, tutte private accreditate, e 1 della regione Veneto, autocandidatesi per lo studio. Tale aspetto risulta evidente dal confronto tra il dato nazionale dei posti letto e quelli attivi presso le strutture indicate:

Tipo di erogatore	28			56			75		
	PL Italia	campione Agenas	% su Italia	PL Italia	campione Agenas	% su Italia	PL Italia	campione Agenas	% su Italia
Pubblico	442	0	0%	5.409	0	0%	730	0	0%
Privato Accreditato	247	45	18%	17.962	335	2%	1.726	324	19%
Totale Complessivo	689	45	7%	23.371	335	1%	2.456	324	13%

La dimensione campionaria scelta non garantisce la stratificazione necessaria alla raccolta di dati statisticamente significativi e dunque non consente l'estensione dei risultati su scala nazionale.

Tenuto conto dei caveat metodologici rappresentati, gli studi descritti non possano essere, in generale, presi in considerazione come una proposta di aggiornamento delle tariffe nazionali; tuttavia possano essere utilizzati come termine di confronto di un'analisi ben più ampia e strutturata su scala nazionale di cui si dirà più avanti.

6. LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA E LA METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZIE

Sulla base di quanto sopra esposto, il Ministero della salute ha approfondito le risultanze degli studi già disponibili, effettuando una rilevazione campionaria ben più ampia, basata sui dati della contabilità analitica forniti dal controllo di gestione delle strutture pubbliche e private accreditate delle regioni opportunamente selezionate.

E' stata dapprima condotta un'analisi preliminare a partire dalle SDO 2023, che ha ricostruito la frequenza a livello nazionale, in termini di copertura, per le giornate di degenza per le discipline aventi codice 56, 75 e 28.

In particolare, per la disciplina con il codice 56, come si evince nella tabella sottostante, le strutture pubbliche e private di 7 regioni (in ordine Lombardia, Piemonte, Lazio, Veneto, Campania, Sicilia ed Emilia-Romagna) erogano circa l'80% del totale nazionale delle giornate di degenza:

cod	Regione	casi	gg degenza	%ggDeg	% cumulativa
030	Lombardia	72.056	1.785.141	26%	
010	Piemonte	35.170	898.750	13%	40%
120	Lazio	30.955	890.391	13%	53%
050	Veneto	24.209	511.859	8%	60%
150	Campania	14.167	462.876	7%	67%
190	Sicilia	16.059	375.198	6%	73%
080	Emilia-Romagna	15.189	336.619	5%	78%
160	Puglia	10.826	283.898	4%	82%
180	Calabria	7.759	192.145	3%	85%
070	Liguria	8.232	160.640	2%	87%
090	Toscana	6.233	147.435	2%	89%
130	Abruzzo	6.400	137.186	2%	92%
110	Marche	4.619	116.029	2%	93%
042	P.A. Trento	5.826	110.694	2%	95%
100	Umbria	3.895	81.499	1%	96%
200	Sardegna	3.800	68.417	1%	97%
041	P.A. Bolzano	3.199	67.558	1%	98%
170	Basilicata	1.479	47.184	1%	99%
060	Friuli V.G.	1.867	43.894	1%	99%
140	Molise	1.121	24.283	0%	100%
020	Valle d'Aosta	813	13.483	0%	100%

Lo stesso può dirsi per la disciplina con codice 28: le strutture pubbliche e private accreditate di 7 regioni (in ordine Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Lazio e Friuli V.G) erogano circa l'80% del totale nazionale delle giornate di degenza:

cod	Regione	casi	gg degenza	%ggDeg	% cumulativa
080	Emilia-Romagna	707	48.394	24%	
050	Veneto	357	26.557	13%	38%
030	Lombardia	293	20.989	11%	48%
010	Piemonte	265	18.113	9%	58%
190	Sicilia	199	17.988	9%	67%
120	Lazio	170	10.844	5%	72%
060	Friuli V.G.	125	9.965	5%	77%
130	Abruzzo	98	8.463	4%	81%
160	Puglia	95	7.588	4%	85%
070	Liguria	96	7.047	4%	89%
090	Toscana	253	4.865	2%	91%
150	Campania	41	4.851	2%	94%
200	Sardegna	102	4.454	2%	96%
042	P.A. Trento	54	4.066	2%	98%
100	Umbria	58	3.902	2%	100%
110	Marche	5	113	0%	100%

Anche per quanto concerne la disciplina con codice 75 si rileva che le strutture pubbliche e private accreditate di 7 regioni (in ordine Lazio, Sicilia, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Puglia) erogano circa l'80% del totale nazionale delle giornate di degenza:

cod	Regione	casi	gg_degenza	%ggDeg	% cumulativa
120	Lazio	2.467	143.083	20%	
190	Sicilia	1.391	121.102	17%	37%
030	Lombardia	3.151	95.722	14%	51%
080	Emilia-Romagna	670	64.043	9%	60%
050	Veneto	1.124	50.974	7%	67%
090	Toscana	765	44.505	6%	73%
160	Puglia	793	32.795	5%	78%
010	Piemonte	341	29.898	4%	82%
110	Marche	352	24.422	3%	86%
180	Calabria	316	17.094	2%	88%
070	Liguria	355	16.193	2%	90%
140	Molise	195	15.718	2%	92%
150	Campania	110	12.053	2%	94%
100	Umbria	137	8.881	1%	95%
200	Sardegna	88	8.109	1%	97%
042	P.A. Trento	293	7.659	1%	98%
041	P.A. Bolzano	156	7.614	1%	99%
060	Friuli V.G.	113	7.426	1%	100%
130	Abruzzo	20	1.620	0%	100%

Si evidenzia, inoltre, che circa l'80% delle giornate di degenza totali nazionali sono erogate da istituti privati, ed escluso il codice 75, per il quale la regione Lazio da sola copre il 20% delle giornate, per il resto la regione con la più alta percentuale di copertura di giornate erogate da istituti privati è la Lombardia con il 23%.

Partendo dagli elementi sopra rappresentati, il Ministero della salute ha avviato in data 30 aprile 2025 una attività di ricognizione dei costi delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza post acuzie presso le regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio, Sicilia.

Le citate regioni sono state individuate in quanto da sole garantiscono una percentuale decisamente elevata di copertura delle giornate di degenza totali nazionali sia per la disciplina con codice 56, sia per la disciplina con codice 28, sia per la disciplina con codice 75, come si evince dai dati provenienti dalle SDO 2023 di seguito riportati, oltre a garantire una rappresentazione delle diverse aree del Paese:

Percentuale di giornate di degenza in codice 56

cod	Regione	casi	gg_degenza	%ggDeg	% cumulativa
030	Lombardia	72.056	1.785.141	26%	
120	Lazio	30.955	890.391	13%	39%
050	Veneto	24.209	511.859	8%	47%
190	Sicilia	16.059	375.198	6%	53%
080	Emilia-Romagna	15.189	336.619	5%	58%
totale	Italia	273.874	6.755.179		

Percentuale di giornate di degenza in codice 28

cod	Regione	casi	gg_degenza	%ggDeg	% cumulativa
080	Emilia-Romagna	707	48.394	24%	
050	Veneto	357	26.557	13%	37%
030	Lombardia	293	511.859	11%	48%
190	Sicilia	199	17.988	9%	57%
120	Lazio	170	10.844	5%	62%
totale	Italia	2.918	198.199		

Percentuale di giornate di degenza in codice 75

cod	Regione	casi	gg_degenza	%ggDeg	% cumulativa
120	Lazio	2.467	143.083	20%	
190	Sicilia	1.391	121.102	17%	37%
030	Lombardia	3.151	95.722	14%	51%
080	Emilia-Romagna	670	64.043	9%	60%
050	Veneto	1.124	50.974	7%	67%
totale	Italia	12.837	708.911		

A fronte della richiesta ministeriale sopra citata sono pervenuti riscontri da parte delle regioni Lombardia, Veneto, ed Emilia-Romagna; dette regioni affermando di non poter fornire costi di riabilitazione ospedaliera disaggregati per MDC in quanto l'organizzazione dei reparti di riabilitazione non è mono specialistica, e affermando altresì di non poter fornire dati di costo relativamente all'utilizzo dei macchinari impiegati per le prestazioni riabilitative ospedaliere, hanno provveduto a fornire i dati di costo disponibili sulla base di una scheda di rilevazione dati secondo il tracciato di contabilità analitica che rileva i dati dei costi (diretti-indiretti-general) per le discipline (codici 56 – Riabilitazione intensiva; codici 28 – Unità spinale; codici 75 – Neuroriabilitazione; codici 60 - Lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva) sia in regime ordinario che *day-hospital*, insieme alle note di compilazione e alla scheda di sintesi con il costo medio pieno per giornata di degenza. Nella nota di compilazione si dà evidenza che nei costi generali confluisce la quota parte dei costi delle attività di supporto (magazzino, logistica, acquisti, gestione del personale, etc.) e dei costi generali di azienda riferibili all'attività di riabilitazione, assegnata in proporzione ai costi diretti e indiretti sostenuti sul totale aziendale.

Hanno risposto al questionario numerose strutture afferenti alle regioni sopra indicate. In particolare 44 aziende pubbliche e 62 strutture private accreditate per la regione Lombardia (elenco fornito da ARIS), 15 aziende pubbliche tra cui un IRCCS per la regione Emilia-Romagna e 11 aziende pubbliche per la regione Veneto. Tali strutture erogano 2.286.565 giornate di degenza (dato fornito dalle citate regioni su anno 2023, circa il 23% del totale nazionale), di cui 1.294.709 sono erogate dal privato accreditato (57%); solo per la Lombardia le giornate di degenza erogate dal privato accreditato (per le strutture osservate) rappresentano il 77%, dato abbastanza in linea con la ripartizione pubblico-privato presente a livello nazionale. In molti studi su grandi popolazioni, un tale campione, si può ritenere di potere statistico significativo, ancor di più perché non è totalmente casuale, ma randomizzato per le strutture maggiormente rappresentative dei casi trattati nelle discipline aventi codice 56, 28 e 75.

In dettaglio, l'elenco delle aziende pubbliche che hanno fornito i dati di costo:

<u>Regione Lombardia</u>	Bassini - Cinisello Balsamo, Cassano, Mariano, Menaggio, Cantù, San Fermo, Morelli - Sondalo, Esine, Seregno, Papa Giovanni XXIII Bergamo, Briolini - Gazzaniga, Bolognini - Seriate, Lovere, Leno, S.Marta - Rivolta D'Adda, Istituto ortopedico Gaetano Pini, Centro traumatologico ortopedico Niguarda, S.Paolo - Milano, S.Carlo Borromeo - Milano, Cantù Abbiategrasso, Cuggiono, G.Salvini-Garbagnate Mil.se, G.Casati-Passirana, Rho, Delmati - Sant'angelo Lodigiano, Rossi - Casalpusterlengo, Civico - Codogno, Galmarini - Tradate, Macchi, Gardone v.t., Civili Brescia, Mortara, Broni e Stradella, Manzoni, Lecco, Merate, Bellano, Busto Arsizio, Saronno, Treviglio e Caravaggio, Romano di Lombardia, pres. riabil. multifunz. Bozzolo, osp.civile Destra, Secchia-Pieve Coriano, Poma - Mantova
<u>Regione Emilia Romagna</u>	Ausl Piacenza, Ausl Parma, Ausl Reggio Emilia, Ausl Bologna, Ausl Ferrara, Ausl Romagna, Ausl Modena - Sassuolo, Ausl Imola - Montecatone, Aou Parma, Aou Modena, Aou Bologna, Aou Ferrara, IOR, Ausl Modena, Ausl Imola
<u>Regione Veneto</u>	AULSS 1, AULSS 2, AULSS 3, AULSS 4, AULSS 5, AULSS 6, AULSS 7, AULSS 8, AULSS 9, AOUIVR, ORAS

Al prospetto di cui sopra, si aggiunge l'elenco delle strutture private selezionate da ARIS:

Elenco Strutture ARIS Considerate	
Azienda	desc. Azienda
030217	ANCELLE DELLA CARITÀ CREMONA
030936	AUXOLOGICO
030144	CASA DI CURA " BEATO PALAZZOLO "
030175	CASA DI CURA " S. CAMILLO" BRESCIA
030294	CASA DI CURA "DOMUS SALUTIS" BRESCIA
030125	CASA DI CURA AMBROSIANA
030356	CASA DI CURA HABILITA SPA
030379	CASA DI CURA HABILITA SPA - HABILITA ISTITUTO CLINICO OSPEDALE DI SARNICO
030033	CASA DI CURA LECCO - BEATO LUIGI TALAMONI
030106	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA
030397	CASA DI CURA PRIVATA LE TERRAZZE
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO
030146	CASA DI CURA S. FRANCESCO
030259	CASA DI CURA SAN CLEMENTE MANTOVA
030015	CASA DI CURA SANTA MARIA - CASTELLANZA
030109	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE
030197	CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.P.A.
690104	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA
030368	CENTRO DI RIABILITAZIONE E. SPALENZA - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
030360	CENTRO ECCELLENZA ALZHEIMER GAZZANIGA
030937	CENTRO I.R.C.C.S. "S. MARIA NASCENTE" - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
030359	CENTRO RIABILITAZIONE SPECIALISTICA CASSANO D'ADDA
030116	CLINICA SAN CARLO
030960	COF DI LANZO
030939	FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO MONDINO
030295	FONDAZIONE POLIAMBULANZA - ISTITUTO OSPEDALIERO
030355	OSPEDALE MONTECCHI SUZZARA
030947	I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO
030178	ISTITUTO CLINICO CITTA' DI BRESCIA
030176	ISTITUTO CLINICO SANT'ANNA
030275	ISCITUTO CLINICO SAN ROCCO
030396	IGEA
030943	IRCCS ISTITUTO CLINICO HUMANITAS
030946	IST.CLINICO S.SIRO SPA-MILANO
030202	IST.DI CURA CITTA'DI PAVIA
030107	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA
030147	ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI
030148	ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI
030198	ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO
030097	ISTITUTO CLINICO CITTÀ STUDI
030149	ISTITUTO CLINICO QUARENGHI SRL
690008	ISTITUTO CLINICO VILLA APRICA S.P.A.
030219	ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO CASA DI CURA DI CREMONA
030031	ITALIA HOSPITAL SPA
030201	LA CITTADELLA SOCIALE
030930	TRADATE F.NE S. MAUGERI CL.L. E R.

Elenco Strutture ARIS Considerate	
Azienda	desc. Azienda
030932	LUMEZZANE F.NE S. MAUGERI CL.L. E R. (EX GUSSAGO)
030933	CASTELGOFFREDO F.S.MAUGERI CL.L.E R.
030938	PAVIA F.NE S. MAUGERI CL.L. E R.
030940	MONTESCANO F.NE S. MAUGERI CL.L.E R.
030944	LISSONE FOND. S.MAUGERI
030945	PAVIA FOND. S.MAUGERI
030949	MILANO IST. RIA FOND. S.MAUGERI
030946	MILANO IST. ORTOP. GALEAZZI
030367	OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO
030350	OSPEDALE SANT'ISIDORO TRESORE
030935	OSPEDALE SAN RAFFAELE
030950	OSPEDALE SAN RAFFAELE – TURRO
030348	VILLA BARBARANO
030284	VILLA BERETTA - OSPEDALE VALDUCE
030177	VILLA GEMMA
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA

I dati pervenuti sono stati dettagliatamente analizzati. A seguito di una preliminare valutazione della completezza ed esattezza della compilazione dei prospetti, è stato effettuato un *test* di normalità del campione. In particolare è stato svolto il *test* di normalità di *Shapiro Wilk*, uno dei test più potenti per la verifica della normalità. Il test statistico è stato utilizzato per verificare se il campione di dati proviene da una distribuzione normale, attività propedeutica all'analisi dei possibili *outliers*.

Verificata la normalità del campione, lo stesso è stato ripulito di tutti i valori di costo che presentavano una divergenza (*outliers*) rispetto alla media di un valore (più o meno) di 1,5 volte la deviazione standard. Tale formula intercetta un importante numero di valori compreso nel *range* e pertanto si ritiene sufficientemente solida e robusta.

Inoltre, avendo a disposizione i dati relativi alle strutture, alle giornate di degenza e ai posti letto accreditati risultanti dall'anagrafica HSP del NSIS, è stata effettuata un'analisi sul tasso di occupazione dei posti letto al fine di verificare se i costi forniti fossero riferiti a un efficiente utilizzo delle risorse. In presenza di un tasso di occupazione diverso da quello ottimale (85-90%), i costi delle strutture interessate da tali condizioni sono stati "aggiustati", riparametrando sulla base della formula costo effettivo x tasso di occupazione reale/tasso di occupazione ottimale. Tale livello di analisi ha riguardato un numero di strutture limitato e per lo più riferite alla disciplina avente codice 56.

La maggiore attività di pulizia del dato risiede comunque nella descritta analisi degli outliers.

Si riporta di seguito la tabella sintetica dei costi medi per giornata di degenza ordinaria per tipologia di ricovero, ottenuti a seguito dell'analisi sopra descritta:

tipologia di ricovero	codice	costo campione per gg degenza ordinaria	gg degenza ordinaria campione	tot Italia gg degenza	% gg deg campione su tot Italia
Lungodegenza	60	274,91	302.185	1.895.025	16%
Unità Spinale	28	584,00	64.150	198.819	32%
Neuro-Riabilitazione	75	578,08	74.211	645.317	11%
Recupero e riabilitazione funzionale	56	289,59	1.743.228	6.812.330	26%

Si rileva la scarsità di giornate osservate per quanto riguarda la lungodegenza post acuzie (codice 60) e per quanto riguarda la neuro-riabilitazione (codice 75), con una percentuale di copertura pari rispettivamente al 16% e 11%. La percentuale di copertura dell'unità spinale (codice 28) e recupero e riabilitazione funzionale (codice 56) è abbastanza elevata, pari rispettivamente al 32% e al 26%.

Come noto, il decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012, all'allegato 2, riporta le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, a carico del SSN, definite per giornata di degenza e per singolo MDC.

La rilevazione, sopra descritta ha restituito un costo medio pieno per giornata di degenza e per disciplina per come riportato nella tabella precedente.

Per riportare il dato di costo medio per singola disciplina alla MDC, è stato utilizzato l'incremento percentuale del costo medio (289,59 euro) rispetto alla tariffa media ottenuta ponderando le singole tariffe del decreto ministeriale 18 ottobre 2012 per le singole MDC (1,4,5,8 e altre) con la distribuzione percentuale delle giornate di degenza registrate nelle strutture oggetto di rilevazione (come da tabella sottostante). Tale distribuzione rispecchia l'andamento registrato a livello nazionale.

MDC	distribuzione gg deg. campione
MDC 1	39,3%
MDC 4	8,4%
MDC 5	12,3%
MDC 8	36,0%
Altri MDC*	4,0%

MDC	Tariffa DM 18 ottobre 2012
MDC 1	272,7 €
MDC 4	231,0 €
MDC 5	251,0 €
MDC 8	247,0 €
Altri MDC*	202,0 €

La descritta ponderazione restituisce una tariffa media pari a 254,4 euro. L'incremento percentuale sopra descritto risulta essere pari al 13,8% ($289,59 / 254,4 - 100\%$).

Tale incremento è stato successivamente spalmato sulle tariffe delle singole MDC valorizzate con il decreto ministeriale 18 ottobre 2012. Di seguito la tabella con i nuovi valori tariffari (valori arrotondati):

MDC	Tariffa degenza ordinaria
MDC 1	310,0 €
MDC 4	263,0 €
MDC 5	286,0 €
MDC 8	281,0 €
Altri MDC*	230,0 €

Nel corso dell'attività istruttoria è stato acquisito anche un documento predisposto dalla Commissione riabilitazione di AIOP contenente la stima dei costi delle prestazioni di riabilitazione per le MDC 1,4,5,8 e altre, in regime ordinario e diurno, per le discipline aventi codice 28 (unità spinale), 75 (neuro-riabilitazione) e 60 (lungodegenza post acuzie e pazienti in stato vegetativo). All'interno di tale documento viene proposta, in particolare, una revisione delle tariffe per MDC che riconosce alla MDC 1 un maggiore incremento rispetto all'incremento medio per le altre MDC, peraltro coerentemente anche a quanto emerge dall'osservazione dei tariffari regionali, nonché dai contributi dei rappresentanti regionali interpellati ai fini dell'acquisizione dei dati di costo. Inoltre, lo stesso documento fornisce ulteriori elementi e indicazioni in merito ai rapporti dei valori fra le diverse MDC 1, 4, 5, 8. Sulla base dei pesi esposti, si è provveduto a riequilibrare i rapporti relativi fra le MDC, apportando un incremento del valore associato al ricovero ordinario, con durata di degenza entro il valore soglia, alla "MDC 1 – Malattie e disturbi del sistema nervoso" di ulteriori 20 euro rispetto al valore di 310 euro e pari a 330 euro, e conseguentemente un decremento di 19 euro del valore della "MDC 8 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", pari a 262 euro. Di seguito si riporta la tabella riepilogativa:

MDC	Tariffa deg ordinaria
MDC 1	330,0 €
MDC 4	263,0 €
MDC 5	286,0 €
MDC 8	262,0 €
Altri MDC*	230,0 €

La tariffa massima della giornata di ricovero ordinario oltre il valore soglia specifico per MDC, come già stabilito nell'allegato 2 del decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima per accesso in ricovero diurno è pari all'80% della tariffa della giornata di ricovero ordinario analogamente a quanto stabilito nell'allegato 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012.

MDC	Tariffa DH
MDC 1	264,0 €
MDC 4	210,4 €
MDC 5	228,8 €
MDC 8	209,6 €
Altri MDC*	184,0 €

* Per altre MDC si intendono, per chiarezza espositiva, le MDC 2-3-6-7-da 9 a 25 e i DRG non classificabili

La tariffa massima per la remunerazione dell'accesso in ricovero diurno oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, come già stabilito dalla normativa nazionale, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita intesi come “persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave”: 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è ottenuta utilizzando come riferimento i dati di costo provenienti dalle strutture private nell'ambito del campione osservato, essendo la produzione di tali prestazioni orientata in misura rilevante sul settore privato. Il valore ottenuto dalla descritta analisi statistica è risultato essere pari a 498 euro.

Detto valore è stato messo a confronto con gli esiti del citato lavoro predisposto dalla Commissione riabilitazione di AIOP che, per i ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita, indica una proposta tariffaria di 506,65 euro. Si ritiene, pertanto di determinare la tariffa per le prestazioni in argomento in euro **500,00**. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è ottenuta utilizzando come riferimento i dati di costo provenienti dalle strutture nell'ambito del campione osservato.

Il valore ottenuto dalla descritta analisi statistica è risultato essere pari a 584 euro.

Detto valore è stato messo a confronto con gli esiti del citato lavoro predisposto dalla Commissione riabilitazione di AIOP, dal quale risulta che per i ricoveri di pazienti mielolesi la proposta tariffaria è pari a 506,65 euro. Si ritiene, pertanto di determinare la tariffa per le prestazioni in argomento in corrispondenza del valore medio tra i due appena citati, quantificata in euro **545,00**.

Per quanto concerne la lungodegenza post acuzie, come osservato precedentemente, in assenza di un dato abbastanza robusto, rilevando comunque maggiori costi medi per giornata di degenza, si è proceduto incrementando l'attuale valore tariffario per il ricovero ordinario pari a 154 euro di una percentuale di incremento (23%) pressoché analoga a quella massima registrata per la riabilitazione ospedaliera, in corrispondenza del MDC 1 ottenendo una tariffa per il ricovero ordinario a giornata di degenza pari a euro **190,00 (valore arrotondato per eccesso)**.

La tariffa massima giornaliera oltre il valore soglia stabilito nell'allegato 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012 è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza è stata costruita con la medesima modalità adottata per la lungodegenza post acuzie, incrementando l'attuale valore di euro 262,00 in misura pressoché analoga (22%) all'incremento operato per il valore tariffario associato alla lungodegenza post acuzie, ottenendo così una tariffa pari a euro **320,00 (valore arrotondato per eccesso)**. Per tali ricoveri non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI
MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

**TARIFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE
OSPEDALIERA E LUNGODEGENZA POST ACUZIE.**

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre soglia	Valore soglia (gg)	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
	(per giornata)	(per giornata)		(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	330,00	198,00	60	264,00	158,40
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	263,00	157,80	30	210,40	126,24
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	286,00	171,60	30	228,80	137,28
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	262,00	157,20	40	209,60	125,76
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZiate	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 22 - USTIONI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	230,00	138,00	30	184,00	110,40
DRG NON CLASSIFICABILI	230,00	138,00	30	184,00	110,40
La tariffa massima della giornata di ricovero ordinario oltre il valore soglia specifico per MDC, stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.					
La tariffa massima per accesso in ricovero diurno è pari all'80% della tariffa massima della giornata di ricovero ordinario					
La tariffa massima per la remunerazione dell'accesso in ricovero diurno oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, stabilito dalla normativa regionale , è abbattuta del 40%.					

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita** intesi come “persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave”: 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è di € **500,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C** secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è di € **545,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

LUNGODEGENZA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (gg)
	(per giornata)	(per giornata)	
	190,00	114,00	60

La tariffa massima giornaliera oltre il valore soglia stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza** è di € **320,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.