

Allegato 1)

Modalità applicative delle tariffe per attività ospedaliere delle diverse tipologie di prestazioni erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 della Legge 833/78 e dalle Strutture private provvisoriamente o definitivamente accreditate del Servizio Sanitario Regionale

Premessa

L'utilizzo del peso è confermato come base per la tariffa delle prestazioni di ricovero.

I pesi specifici delle singole prestazioni si basano su quelli individuati dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994".

Analisi regionali successive hanno determinato la necessità dell'estensione del sistema dei pesi alle prestazioni di day hospital ed alle prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza postacuzie, che sono stati adottati con la D.G.R. n. 90-4982 del 28 dicembre 2001.

Con gli accordi Stato-Regione del 16-12-2004 e del 16-06-2005, è stato prevista l'adozione sull'intero territorio nazionale dal 1 gennaio 2006 rispettivamente dell'aggiornamento al sistema di classificazione ICD-9-CM 2002 per la codifica delle diagnosi e interventi utilizzati nella scheda di dimissione ospedaliera, e dell'aggiornamento alla versione 19° dei DRG. Pertanto è stato stabilito che la compensazione interregionale della mobilità sanitaria relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2006 dovrà essere regolamentata secondo tale sistema di classificazione e relativa tariffa unica convenzionale.

Con provvedimento n. 50-1062 del 10 ottobre 2005 la Giunta Regionale ha deliberato di adottare, con decorrenza dalle dimissioni effettuate dal 1° gennaio 2006, il sistema di codifica delle Schede di dimissione Ospedaliera ICD-9-CM versione 2002, unitamente alla versione 19° del sistema di classificazione Diagnosis Related Groups.

Con l'adozione della versione 19° dei DRG, rispetto alla precedente versione 14°, si generano 29 nuovi DRG (109, e dal 496 al 523), mentre non sono più presenti 15 DRG (112,214,215,221,222,434,435,436,437,456,457,458,459,460,472); sono stati inoltre modificati i DRG 104,105,106,107,197,198. Peraltro il nuovo sistema di codifica delle Schede di dimissione Ospedaliera ICD-9-CM versione 2002, che integra la versione 1997, potrebbe comunque portare ad una diversa individuazione del DRG precedentemente riconosciuto con la versione 14°.

La Regione Piemonte nell'adozione del nuovo tariffario per le prestazioni di ricovero, intende fare riferimento, per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. 29.11.2001, alle tariffe previste ed utilizzate nell'ambito della compensazione interregionale della mobilità sanitaria per l'anno 2006, facendo proprie le analisi tariffarie effettuate a livello nazionale nell'ambito dell'approvazione della tariffa unica convenzionale. Per i nuovi DRG presenti nel sistema, si intende procedere a specifiche

Allegato 1)

individuazioni del peso a livello regionale, con riferimento anche alla tariffa unica convenzionale, tenuto anche conto che, per particolari tipi di prestazione, con la versione 19° del sistema di classificazione dei DRG, una determinata prestazione può confluire in DRG diversi rispetto a quanto si verificava nella versione 14°. Infine per i restanti DRG, si ritiene di continuare a fare riferimento ai pesi individuati dalla D.G.R. n. 28-8148 del 30.12.2002.

Per i pesi relativi ai DRG chirurgici, riconosciuti “ad alto rischio di inappropriatezza”, indicati nell'allegato 2C del D.P.C.M. 29.11.2001, che individua i livelli essenziali d'assistenza (LEA), si fa riferimento ai valori tariffari della tariffa unica convenzionale per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario. Viene peraltro mantenuto, ancorchè modificato, il livello tariffario differenziato tra le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario e le prestazioni erogate in day hospital chirurgico/day surgery ed in ricovero di un giorno (con il riconoscimento del ricovero in day hospital chirurgico/day surgery ed in ricovero di un giorno pari al 90% del ricovero ordinario), tenuto conto delle regole vigenti a livello regionale previste dalle DD.GG.RR. n. 37-13743 del 25.10.2004 e n. 24-15233 del 30.03.2005. Fanno eccezione i DRG 006 - tunnel carpale e 039 - cataratta, i cui pesi vengono mantenuti uguali sia per il ricovero ordinario che per il ricovero in day hospital chirurgico/day surgery o in ricovero di un giorno, tenuto conto della variazione tariffaria intervenuta a livello nazionale.

Sono riformulati i pesi dei DRG cardiocirurgici (104,105,106,107,108,109) con un allineamento ai valori della tariffa unica convenzionale nazionale.

Per il DRG 229 è prevista la formulazione di un peso differenziato. In presenza del codice intervento 04.43 il peso di riferimento è quello applicato al DRG 006 – tunnel carpale.

Per il DRG 323 si confermano i valori differenziati, di cui alla D.G.R. n. 28-8148 del 30.12.2002.

Per i DRG dei trapianti si fa riferimento ai valori della tariffa unica convenzionale nazionale. In particolare per il DRG 481 è previsto un valore di peso differenziato per il trapianto allogenico e per il trapianto autologo (vedi paragrafo trapianto di midollo osseo).

Per il DRG 517 è prevista la formulazione di un peso differenziato in presenza di impianto di Stent medicato o non medicato.

Per il DRG 518 è previsto un peso differenziato in presenza di particolari codici di intervento che individuano il diverso impegno di risorse per le prestazioni erogate che affluiscono a tale DRG.

L'individuazione del nuovo tariffario si basa sul peso di 506 DRG raggruppati secondo 4 classi di DRG:

Alta complessità (72 raggruppamenti finali –DRG)

L'analisi a livello nazionale per l'identificazione di tali DRG ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992.

Allegato 2C D.P.C.M. 29.11./2001 (43 raggruppamenti finali –DRG)

Rappresenta un elenco di DRG che presentano un profilo organizzativo potenzialmente

Allegato 1)

inappropriato, ossia “ad alto rischio di inappropriatazza” se erogati in regime di degenza ordinaria.

L'aggiornamento della versione del grouper ha eliminato il DRG 222, appartenente all'allegato 2C, che viene sostituito dal DRG 503.

Eventi sentinella (53 raggruppamenti finali –DRG)

Rappresentano 53 DRG di tipo medico per i quali potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistico, in quanto contenitori di procedure alle quali è possibile fare ricorso con diversa modalità di effettuazione della prestazione, in base ad uno studio elaborato nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale.

Restanti DRG (338 raggruppamenti finali –DRG)

Negli allegati sono espressi, per singola prestazione, i consumi di risorse attraverso il peso relativo attribuito aggiornato. Per ottenere la valorizzazione delle prestazioni è necessario effettuare la moltiplicazione del peso del DRG per la tariffa base. La formula matematica è pertanto:

Valore della prestazione = peso della prestazione * tariffa base

Tariffa Base per l'anno 2006

Si conferma anche per l'anno 2006 la tariffa base pari ad Euro **2.363,00** per unità di peso.

La tariffa base diventa il valore di riferimento dell'attività di tutte le strutture sanitarie piemontesi erogatrici di prestazioni di ricovero, pertanto, la eventuale differenziazione per specifiche funzioni attribuite ed esercitate dalle Strutture pubbliche ed equiparate è oggetto di apposito finanziamento regionale “per funzione”.

Tariffa Base per le Case di cura private definitivamente accreditate

E' tuttora in corso il processo di accreditamento delle strutture private come da deliberazione di Consiglio Regionale n. 616-3149 del 22 febbraio 2000. Per le case di cura private definitivamente accreditate in fascia A la tariffa del valore punto DRG è quella indicata al capitolo precedente, pari a € **2.363,00**. Per le case di cura private accreditate in fascia B e C, la tariffa è abbattuta rispettivamente dell'8% e del 15%, così come previsto dall'accordo sottoscritto in data 9 dicembre 2002 tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria AIOP/ARIS, recepito con DGR n. 31-8151 del 30.12.2002, per cui il valore punto, arrotondato all'unità di euro, risulta determinato in € **2.174,00** per la fascia B ed in € **2.009,00** per la fascia C.

Per le Strutture sanitarie accreditate esclusivamente per la day surgery di tipo C, la tariffa del valore punto DRG, indicata al capitolo precedente, è abbattuta del 30% se trattasi di struttura accreditata in fascia A e dell'ulteriore 8% e 15% per le strutture accreditate rispettivamente in fascia B e C, per cui il valore punto, arrotondato all'unità di Euro risulta determinato in € **1.654,00** per la fascia A, in € **1.465,00** per la fascia B ed in € **1.300,00** per la fascia C. La tariffa così individuata sarà moltiplicata per il peso previsto per le prestazioni effettuate in day surgery ed indicato nella colonna i dell'allegato 2).

Allegato 1)

Tariffa Base per le Case di cura private provvisoriamente accreditate (acuzie)

Con l'applicazione della versione 19° del sistema di classificazione Diagnosis Related Groups, è prevista l'individuazione di nuovi DRG e l'eliminazione di altri rispetto all'elenco vigente, pertanto occorre procedere alla determinazione del tariffario delle prestazioni di acuzie, erogate dalle Case di cura private provvisoriamente accreditate, facendo riferimento anche in questo caso all'utilizzazione del peso, individuato per singolo DRG.

Si ritiene pertanto che la tariffa base individuata in € 2.363,00, quale valore per unità di peso da riconoscere alle prestazioni erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 della L.833/78 e dalle Case di cura private accreditate in fascia A, debba essere ridotta del 20%, per cui il valore punto, arrotondato all'unità di euro, risulta determinato in € **1.890,00**, da applicare per la valorizzazione delle prestazioni di acuzie erogate dalle Case di cura private provvisoriamente accreditate con requisiti 1 (punto b.1 della D.G.R. n. 72-17930 del 1 aprile 1997); conseguentemente il valore punto, arrotondato all'unità di euro, risulta determinato in € **1.843,00**, da applicare per la valorizzazione delle prestazioni di acuzie erogate dalle Case di cura private provvisoriamente accreditate con requisiti 2 (punto b.2 della D.G.R. n. 72-17930 del 1 aprile 1997). Pertanto si intende revocato l'allegato 3) della D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005.

Tipi di prestazioni ed i relativi pesi di base

Di seguito sono riportate le prestazioni che possono essere erogate a carico del sistema sanitario regionale, suddivise per tipologia.

I sistemi di rilevazione e le sue regole d'applicazione sono quelle attualmente in vigore, già individuate con la deliberazione di Giunta Regionale n. 36-5380 del 25 febbraio 2002.

- Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria

Per l'elenco dei pesi si fa riferimento alla tabella indicata nell'allegato 2).

Per i ricoveri presso il reparto 47 (Grandi ustionati) per adulti, presso l'Ospedale Centro Traumatologico Ortopedico di Torino, non viene più applicato il peso individuato per singola giornata di degenza, ma si fa riferimento al peso dei singoli DRG, tenuto conto dei nuovi DRG collegati a tale tipologia di prestazioni.

I ricoveri chirurgici di un giorno, compresi i DRG medici 124, 125 ed il DRG medico 323 con il codice intervento 98.51, sono equiparati alle prestazioni di day hospital chirurgico/day surgery; non si raddoppia il peso in caso di dimissione "1-Deceduto" e "6-Trasferito".

Per i ricoveri medici di un giorno, con modalità di dimissione "1-Deceduto" e "6-Trasferito", si raddoppia il peso, in quanto si presume un consumo di risorse maggiore.

Allegato 1)

- Prestazioni chirurgiche di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno

Il peso dei ricoveri di day hospital chirurgico/day surgery e dei ricoveri chirurgici di 1 giorno, compresi i DRG medici 124, 125 ed il DRG medico 323 con il codice intervento 98.51, viene di norma riconfermato all'85% del ricovero chirurgico ordinario.

Per i DRG chirurgici riconosciuti "ad alto rischio di inappropriatazza", indicati nell'allegato 2C del D.P.C.M. 29.11.2001, il peso dei ricoveri di day hospital chirurgico/day surgery e dei ricoveri chirurgici di 1 giorno si attesta al 90% del ricovero ordinario; fanno eccezione i DRG 006 - tunnel carpale e 039 - cataratta, i cui pesi vengono mantenuti uguali sia per il ricovero ordinario che per il ricovero in day hospital chirurgico/day surgery o in ricovero di 1 giorno.

In un ottica di facilitare la trasformazione di interventi da ricovero ordinario in day hospital chirurgico/day surgery sono applicati i pesi di day hospital chirurgico/day surgery anche per quei ricoveri di day hospital in cui siano presenti le procedure, di seguito elencate, che diano origine ad un DRG medico: in tale caso il peso del ricovero di day hospital chirurgico/day surgery o del ricovero di 1 giorno viene valorizzato all'85% del peso relativo al ricovero ordinario:

Codici: 31.43,34.23,34.24,34.25,48.31,48.34,56.91,57.17,58.31,58.39

- Altre prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno (diagnostico e terapeutico)

Il consumo di risorse delle prestazioni è quantificato per singola giornata di accesso.

I sistemi di rilevazione e le sue regole d'applicazione sono quelle attualmente in vigore, già individuate con la deliberazione di Giunta Regionale n. 36-5380 del 25 febbraio 2002.

La Regione si riserva la facoltà di intervenire in caso di anomalie con eventuale annullamento dell'effetto economico delle prestazioni effettuate.

- Trapianti

Le prestazioni di trapianto di organo e tessuto da cadavere vengono di norma remunerate attraverso il DRG specifico.

Per il **trapianto di intestino** la prestazione è definita nel modo seguente:

Trapianto di intestino isolato: la prestazione è definita attraverso i DRG 148 e 149 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8 e al codice di diagnosi secondaria V.42.8 per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per tali casi il valore soglia nonché la valorizzazione delle giornate aggiuntive resta quella dei DRG specifici.

Trapianto multiviscerale: la prestazione è definita con i codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 45.8, 46.99 associati ad almeno uno dei seguenti codici 43.99, 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per tali casi il valore soglia nonché la valorizzazione delle giornate aggiuntive resta quella dei DRG specifici.

I pesi delle prestazioni dei trapianti sono identificati per singolo DRG come evidenziato nella tabella dell'allegato 2)

Allegato 1)

Valorizzazioni aggiuntive al peso del trapianto per l'attività di osservazione, monitoraggio, prelievo e trasporto dell'organo:

I provvedimenti regionali di riferimento sono le DD.GG.RR. n. 10-27702 del 05.07.1999 e n. 22-29728 del 27.03.2000. Per l'attività di prelievo di osso da vivente occorre fare riferimento alla D.G.R. n. 2-3810 del 9 agosto 2001.

La seguente tabella 1 fa riferimento ai casi in cui in uno stesso ricevente venga impiantato un solo organo o tessuto; nei casi in cui invece si realizzino trapianti multipli le cifre relative agli organi o ai tessuti andranno sommate.

**Tab. 1: Valorizzazione prelievi di organo da cadavere
Importi da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto**

| Organo | Euro |
|-----------|----------|
| Cuore | 2.522,00 |
| Fegato | 2.522,00 |
| Pancreas | 2.522,00 |
| Polmone | 2.522,00 |
| Rene | 2.522,00 |
| Intestino | 2.522,00 |

Valorizzazione trasporto di organo.

Importo da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto, solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato dall'Azienda sede di prelievo

| | |
|------|--------|
| Euro | 318,00 |
|------|--------|

Valorizzazione equipe diversa da quella che effettua il trapianto.

Importo da fatturare dall'Azienda dell'equipe che effettua il prelievo all'Azienda sede di trapianto

| | |
|------|--------|
| Euro | 516,00 |
|------|--------|

**Tab.2: Valorizzazione Trapianti
Importi da riconoscere alle Aziende sede di trapianto**

| Tipo di trapianto | Modalità di codifica ICD-9-CM (2002) | Importo |
|-------------------|--|--|
| Cuore | 37.5 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 103 C"Trapianto di cuore" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Fegato | 50.51;50.59 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 480 C"Trapianto di Fegato" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Pancreas e Rene | 52.80; 52.82; 52.83; 55.69 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 512 C"Trapianto simultaneo di Pancreas/Rene" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Pancreas | 52.80; 52.82; 52.83 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 513 C"Trapianto di Pancreas" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Rene | 55.69 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 302 C "Trapianto di rene" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Polmone | 33.50, 33.51, 33.52 | Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 495 C "Trapianto di Polmone" , verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |
| Intestino | 45.63; 45.8; 46.99; 52.83; 43.99; 52.83; 50.59 | Alla tariffa corrispondente al peso individuato del trapianto, verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto |

Allegato 1)

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e sono soggette alla compensazione della mobilità sanitaria regionale ed interregionale.

Per il **trapianto di cornea** la prestazione è definita attraverso il DRG 42 con i codici di intervento 11.6 da 0 a 9 e con il peso pari a 1,0503, indicato nell'allegato 2).

Per le attività delle Banche dei Tessuti, occorre fare riferimento alla DGR n. 45-2093 del 30.01.2006.

Attività di ricerca e prelievo per trapianto di midollo osseo

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito ricevente.

Ricerca del donatore

Le analisi relative all'iscrizione dei pazienti ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale, anche tramite i Registri regionali, sono a carico della Azienda Sanitaria Locale di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. La struttura che effettua le indagini fatturerà tali prestazioni direttamente alla Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente candidato ricevente secondo le tariffe previste dal nomenclatore ambulatoriale regionale. Le informazioni necessarie per tali fatturazioni sono acquisibili tramite il Registro che ha richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

Il peso del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziato per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08;

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da sangue periferico e quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467), riconducibili alle seguenti specifiche, dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e saranno valorizzati ad importo zero.

Diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo:

DRG 467: altri fattori che influenzano lo stato di salute

Allegato 1)

| | |
|-----------------|---|
| Diagnosi V593 | donatore di midollo osseo |
| Intervento 4191 | aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto |
| o | |
| Diagnosi V5902 | donatore di sangue, cellule staminali |
| Intervento 9979 | altre aferesi terapeutiche / aferesi di cellule staminali |

Nei casi in cui la Struttura sede di ricovero ai fini del prelievo sia diversa dalla Struttura sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla Struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.287,00, sia in ambito regionale che in ambito extraregionale.

Tutti gli oneri relativi all'eventuale trasporto sono a carico della struttura che effettua il trapianto, esclusivamente per i prelievi effettuati in Italia.

Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; per questi casi il peso del DRG 42 è pari a 1,0338, al quale deve essere sommato l'importo di Euro 11.800,00 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali.

- Riassunto del nomenclatore per acuzie e relativi pesi

Il nomenclatore relativo ai ricoveri per acuzie descritti nei capitoli precedenti viene individuato nella tabella dell'allegato 2), in cui occorre tenere conto che:

- nella colonna a è indicata la classificazione dei DRG
- nella colonna b è indicato il codice DRG;
- nella colonna c è indicato il codice MDC;
- nella colonna d è indicato il tipo del DRG;
- nella colonna e è indicata la descrizione del DRG;
- nella colonna f è indicato il peso per il ricovero ordinario >1 giorno;
- nella colonna g è indicato il peso per giornata di ricovero oltre il valore soglia;
- nella colonna h è indicato il peso relativo al ricovero 0-1 giorno;
- nella colonna i è indicato il peso per ricoveri in day hospital chirurgico o in day surgery con o senza pernottamento;
- nella colonna l è indicato il peso relativo a ricoveri diurni medici;
- nella colonna m è indicato il valore soglia del ricovero.

- Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria

La riabilitazione ospedaliera in regime di degenza ordinaria può essere svolta nelle seguenti specialità: 56-Recupero e Rieducazione Funzionale di II° livello, 75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione), 28-Unità spinale.

Al riguardo valgono le regole di applicazione rappresentate dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 36-5380 del 25 febbraio 2002.

Per le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di **secondo livello** (codificato come specialità 56), il consumo di risorse atteso per giornata di degenza varia secondo la patologia trattata, espressa per MDC, così come indicato nell'allegato 3).

Allegato 1)

Per evidenziare il fabbisogno di un rapido ed intensivo intervento su questo tipo di pazienti e per scoraggiare i prolungamenti dei ricoveri, si determina una riduzione del 40% del peso oltre un valore soglia differenziato per MDC, così come indicato nell'allegato 3).

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione di alta specialità o **di terzo livello** (codificato come specialità 28 - Unità spinale e come specialità 75 - Unità gravi cerebrolesioni acquisite), il fabbisogno di risorse è maggiore ed il calcolo del costo per giornata risulta pertanto più alto, così come indicato nell'allegato 3).

Per questi tipi di ricovero non si applicano i meccanismi di riduzione del peso oltre il valore soglia, in quanto considerati ricoveri di alta specialità.

In questo contesto è necessario richiamare la definizione della specialità 75, come già evidenziato nei provvedimenti precedenti:

“L'unità per le gravi cerebrolesioni acquisite è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura), caratterizzata nella loro evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi o terapeutici non erogabili in regime ambulatoriale o attraverso il ricovero in strutture di II livello.”

I DRG utilizzati dalla specialità codice 75 devono principalmente essere i seguenti:

| Cod. | Descrizione |
|------|--|
| 023 | Stato stuporoso e coma di origine non traumatica |
| 027 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora |
| 028 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con cc |
| 029 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza cc |
| 030 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni |

Nel caso di DRG e di MDC diversi da quanto sopra, la Regione si riserva la facoltà di effettuare controlli dettagliati con la possibilità di annullare l'effetto economico delle prestazioni erogate.

E' altresì previsto che la riabilitazione ospedaliera in regime di degenza ordinaria possa essere svolta nella specialità: 56-Recupero e Rieducazione Funzionale di I° livello.

Per le strutture private definitivamente accreditate eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di **primo livello**, il consumo di risorse (peso) atteso per giornata di degenza non varia secondo la patologia trattata, ed è quello individuato nel protocollo d'intesa sottoscritto in data 11 novembre 2004 tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria AIOP/ARIS in merito alla definizione dei livelli organizzativi e funzionali della relativa attività di ricovero, recepito con D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005, e pari a 0,0694 per giornata di degenza, che viene indicato nell'allegato 3).

Per le strutture private definitivamente accreditate in fascia A eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di **primo livello**, la tariffa del valore punto DRG è quella indicata nel presente documento, pari a € **2.363,00**. Per le strutture accreditate in fascia B e C, occorre ricondurre il valore dell'unità di peso secondo la differenziazione del peso prevista

Allegato 1)

dall'accordo sottoscritto in data 11 novembre 2004 tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria AIOP/ARIS in merito alla definizione dei livelli organizzativi e funzionali di tale attività, recepito con D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005. Il valore del peso, pari a 0,0694 per giornata di degenza, deve essere mantenuto costante nelle tre fasce di accreditamento, secondo le regole di tariffazione previste per unità di peso, già individuate dalla D.G.R. n. 28-8148 del 30.12.2002 e confermate dal presente documento. Pertanto il valore punto, arrotondato all'unità di euro, risulta determinato in € **2.292,00** per la fascia B ed in € **2.234,00** per la fascia C.

Così come previsto dalla D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005, si conferma una riduzione del 40% del peso per le giornate oltre il valore soglia di 60 giorni, così come indicato nell'allegato 3).

E' opportuno ricordare che valgono le regole di applicazione in ordine ai trasferimenti interni del paziente da un episodio acuto ovvero da un episodio di altra post acuzie, che prevede la chiusura della SDO dell'episodio acuto/altra post acuzie e contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO. Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie o in altra post acuzie, si dovranno comunque seguire le procedure testè indicate. Valgono inoltre le regole previste dall'allegato 1) della deliberazione di Giunta Regionale n. 41-15180 del 23.03.2005.

- Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero diurno

La riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero diurno può essere svolta esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate nelle seguenti specialità:

56-Recupero e Rieducazione Funzionale di II° livello,
75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione),
28-Unità spinale.

Per le strutture pubbliche eroganti attività di Recupero e Rieducazione Funzionale di **secondo livello** il consumo di risorse atteso per giornata di degenza varia secondo la patologia trattata, espressa per MDC, così come indicato nell'allegato 3).

Per le strutture eroganti attività di riabilitazione di **terzo livello** il peso per giornata di riabilitazione in day hospital è quello indicato nell'allegato 3).

- Prestazioni di lungodegenza postacuzie ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria

Si ritiene di dover ribadire che una struttura di lungodegenza post-acuzie (codice 60) viene di norma confermata come: "struttura atta a offrire assistenza sanitaria e riabilitativa non intensiva a soggetti provenienti dalle differenti discipline specialistiche presenti in ospedale e affetti da pluripatologie e da problemi clinico-assistenziali non stabilizzati, che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero."

Per le Strutture Sanitarie eroganti attività di lungodegenza, il consumo di risorse (peso) atteso per giornata di degenza è quello individuato con la D.G.R. n. 24-15233 del 30.03.2005, pari a 0,0652 per giornata di degenza, che viene indicato nell'allegato 3).

Allegato 1)

Nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate oltre un valore soglia di 60 giorni, quantificabile in una riduzione del 40% del peso per le giornate oltre tale valore soglia, così come indicato nell'allegato 3).

Per le strutture private definitivamente accreditate in fascia A la tariffa del valore punto DRG è quella indicata nel presente documento, pari a € **2.363,00**. Per le strutture accreditate in fascia B e C, occorre ricondurre il valore dell'unità di peso secondo la differenziazione del peso prevista dall'accordo sottoscritto in data 11 novembre 2004 tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria AIOP/ARIS in merito alla definizione dei livelli organizzativi e funzionali di tale attività, recepito con D.G.R. n. 41-15180 del 23.03.2005. Il valore del peso, pari a 0,0652 per giornata di degenza, deve essere mantenuto costante nelle tre fasce di accreditamento, secondo le regole di tariffazione previste per unità di peso, già individuate dalla D.G.R. n. 28-8148 del 30.12.2002 e confermate dal presente documento. Pertanto il valore punto, arrotondato all'unità di euro, risulta determinato in € **2.287,00** per la fascia B ed in € **2.225,00** per la fascia C.

Anche per le Case di cura private definitivamente accreditate, nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate oltre il valore soglia di 60 giorni, quantificabile in una riduzione del 40% del peso per le giornate oltre tale valore soglia, così come indicato nell'allegato 3), fatte salve le regole vigenti previste dalla D.G.R. n. 34-251 del 31 luglio 2000.

Al riguardo valgono le regole di applicazione in ordine ai trasferimenti interni del paziente da un episodio acuto ovvero da un episodio di altra post acuzie, che prevede la chiusura della SDO dell'episodio acuto/altra post acuzie e contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO. Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie o in altra post acuzie, si dovranno comunque seguire le procedure testè indicate. Valgono inoltre, per le Case di cura private definitivamente accreditate le regole previste dall'allegato 1) della deliberazione di Giunta Regionale n. 41-15180 del 23.03.2005.

- Endoprotesi

Per protesi è da intendersi un presidio medico chirurgico di origine biologica o artificiale, deputato alla sostituzione di un distretto anatomico.

Vengono confermate le tipologie di protesi, per le quali sono riconosciuti gli importi aggiuntivi al DRG specifico. Nella Scheda di dimissione ospedaliera dovrà essere indicato il relativo codice di intervento; naturalmente tali codici sono da utilizzare solo nel caso in cui siano state effettivamente impiantate le protesi sottoindicate e solamente in presenza di tali codici sarà riconosciuto l'importo aggiuntivo. E' inoltre individuata anche l'Azienda che può usufruire di tale rimborso. L'importo aggiuntivo indicato viene applicato direttamente dalla Regione. In caso di ricovero in libera professione l'importo previsto viene ridotto del 50%.

Allegato 1)

| Codice | Tipologia di protesi | Codici di intervento ICD-9-CM (2002) | Importo aggiuntivo | Centri che possono beneficiare dell'importo aggiuntivo |
|--------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------|---|
| 200 | Protesi cocleare | 20.96 o 20.97 o 20.98 | Euro 21.474,28 | - Ospedale S. Giovanni Battista di Torino - Ospedale Martini di Torino |
| 220 | Stimolatore cerebrale | 02.93 associato a diagnosi 332.0 | Euro 16.010,16 | Ospedale CTO di Torino |

Nella tabella seguente sono invece riportate le tipologie di protesi di cui si continua a riconoscere la parziale copertura del costo sostenuto (50%). Per i ricoveri in libera professione, il valore della protesi applicata viene ridotto di un ulteriore 50%. L'elenco è ridimensionato rispetto a quello individuato con la D.G.R. n. 28-8148 del 30.12.2002. Eventuali altre protesi applicate non avranno più il riconoscimento di un importo aggiuntivo; si ritiene infatti che il valore della protesi debba rientrare nell'ambito dell'importo del DRG riconosciuto, in quanto il relativo costo non giustifica un riconoscimento aggiuntivo, tenuto anche conto che alcuni nuovi DRG ne prevedono in modo specifico la loro applicazione.

Le protesi di cui alla tabella sottoindicata sono applicate anche alle prestazioni erogate dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate.

Si ribadisce che la rilevazione della protesi sulla SDO deve essere effettuata esclusivamente per l'impianto applicato e non per il singolo componente. La Regione si riserva la facoltà di effettuare controlli dettagliati con la possibilità di annullare l'effetto economico della protesi applicata.

| Codice | Tipologia di protesi |
|--------|----------------------|
| 010 | Protesi d'anca |
| 035 | Artrodesi vertebrale |

- Prestazioni specialistiche erogate per singolo accesso in PS/DEA cui non segue ricovero

Continua a permanere il riconoscimento del 100 % della relativa tariffa ambulatoriale.

- Prestazioni di emergenza per non residenti in Piemonte

Per il servizio 118, essendo il costo relativo totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale, la tariffa per interventi a favore di non residenti viene addebitata alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui all'intervento segua il ricovero.

Il nomenclatore regionale relativo all'emergenza e le tariffe relative da addebitare per i non residenti in Piemonte sono:

| Struttura erogante | Tariffa |
|--|---|
| Elisoccorso attraverso il servizio 118 | Euro 3.084,00 per intervento anche se seguito da ricovero |
| Autoambulanza attraverso il servizio 118 | Euro 208,00 per intervento anche se seguito da ricovero |