



GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1043 DEL 08/08/2022

ADUNANZA N. 124

LEGISLATURA XI

PROT. N. 1124

TIPO D'ATTO: DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSESSORE PROPONENTE: FILIPPO SALTAMARTINI

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE

OGGETTO: Approvazione accordo con l'AIOP e le Case di Cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche", per l'anno 2022 e modifica della DGR 709/2014

Il giorno 08 agosto 2022, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- Francesco Acquaroli	Presidente
- Mirco Carloni	Vicepresidente
- Stefano Aguzzi	Assessore
- Francesco Baldelli	Assessore
- Guido Castelli	Assessore
- Giorgia Latini	Assessore
- Filippo Saltamartini	Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Francesco Acquaroli.

Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Francesco Maria Nocelli.

Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Filippo Saltamartini.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Approvazione accordo con l'AIOP e le Case di Cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche", per l'anno 2022 e modifica della DGR 709/2014.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Spesa Sanitaria e Socio-sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente della Direzione Sanità e Integrazione Sociosanitaria e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico del bilancio regionale;

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di approvare e recepire l'Accordo con l'AIOP e le Case di Cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche", per l'anno 2022, siglato dal Direttore del Dipartimento Salute, dal Presidente AIOP Marche e dai rappresentanti delle singole Case di Cura private accreditate aderenti alla rete d'impresa sopracitata, contenuto nell'Allegato "A" che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di dare atto che i valori indicati nell'accordo sono ricompresi nel budget assegnato all'ASUR per l'anno 2022;
3. di aggiornare la DGR n. 709/2014 secondo quanto disposto nell'Allegato "B" che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento informatico firmato digitalmente

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.i.”*;
- D. Lgs. 23.06.2011, n. 118, recante: *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”* e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- D.L. n.95 del 6.7.2012 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”* convertito in legge n.135 del 7.8.2012;
- D.L. n.78 del 19 giugno 2015, convertito con modificazioni, dalla Legge n.125 del 6.8.2015, *“Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali”*;
- Intesa Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep.atti n. 209/csr del 18 dicembre 2019, concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;
- D.G.R. n.1696 del 3.12.2012, *“Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7.8.2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”*;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, avente ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- D.G.R. n.735 del 20.05.2013 *“Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della D.G.R. 1696/2012”*;
- Decreto Ministero della Salute n. 70 del 2.4.2015, *“Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* (15G00084) (GU n.127 del 4.6.2015);
- D.G.R. n.288 del 09.04.2015 *“Intesa Stato Regioni recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, rep. atti n. 98/csr del 5 agosto 2014, con la rettifica apportata in data 13.1.2015, rep. atti n. 198/csr del 15 gennaio 2015, punto 2.5. Allegato A. - Linee di indirizzo per la riorganizzazione delle Case di cura multispecialistiche private accreditate della Regione Marche”*;
- D.G.R. n.559 del 15.07.2015 *“Case di cura private multispecialistiche accreditate nella Regione Marche aderenti ad AIOP. Approvazione schema di Accordo sulla*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

riorganizzazione ai sensi del Decreto Ministero della Sanità 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (15G00084) (GU n. 127 del 4-6-2015)";

- *D.G.R. n.908 del 19.10.2015, "D.M. 70/2015. Applicazione accordi regionali per la riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multispecialistiche (D.G.R. n. 559/2015) e delle Case di cura private accreditate monospecialistiche (D.G.R. n. 1292/2014)";*
- *D.G.R. n.940 del 26.10.2015 "Rettifica DGR n. 908 del 19.10.2015";*
- *L.R. 30.09.2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati";*
- *D.G.R. n.709 del 09.06.2014 "Aggiornamento tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche";*
- *D.G.R. n.978 del 5.08.2019 "Approvazione accordo con l'AIOP e le case di cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche", per gli anni 2019-2020-2021";*
- *L. n.234 del 30.12.2021, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", art.1, commi da 276-279;*
- *D.G.R. n.490 del 02.05.2022 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa di cui alla DGR n.1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020 - Rimodulazione per l'anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art 1 commi 276-279";*

Motivazione ed esito dell'istruttoria

Con DGR n. 978/2019 è stato approvato e recepito l'accordo per gli anni 2019-2020-2021 con AIOP e le Case di Cura aderenti alla Rete d'Impresa, denominata "Casa di Cura delle Marche" (costituita dalle Case di Cura appartenenti alla Rete di Impresa AV2, alla Rete di Impresa AV3 ed a quella AV4/5), siglato tra tutte le parti in data 02.08.2019.

Tale accordo ha avuto efficacia in un contesto contraddistinto, da un lato, da una situazione di operatività straordinaria e di emersione di nuovi bisogni di salute a fronte degli eventi pandemici da Covid-19 e caratterizzato inoltre dall'esigenza di revisione dell'assetto e del modello organizzativo relativo all'articolazione delle Aziende sanitarie presenti sul territorio, sulla base dei quali la Regione Marche ha intrapreso un percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, avviato con DGR n. 847/2022, e di revisione del Piano Sanitario Regionale, anche nell'obiettivo di fornire nuovi indirizzi per una più aggiornata definizione del ruolo dei soggetti erogatori privati e per una più specifica azione di committenza.

Tra i riflessi più rilevanti in ambito organizzativo, direttamente collegati alla gestione degli eventi pandemici, preme sottolineare quello legato al recupero delle prestazioni appropriate non erogate ed alla conseguente riduzione delle liste di attesa, in risposta alla quale il Governo è intervenuto a più riprese negli ultimi anni, da ultimo con la L. n.234 del 30.12.2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024). Tale legge, all'art.1 commi 276-279, ha prorogato le disposizioni di utilizzo flessibile delle risorse previste dalla L. n.106 del 23.07.2021 fino al 31.12.2022, prevedendo



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

inoltre una specifica provvista finanziaria finalizzata al recupero delle liste di attesa per prestazioni sanitarie non effettuate nel periodo emergenziale, anche con il coinvolgimento degli erogatori privati, in deroga all'art. 15, comma 14 della L. 135/2012. Per la Regione Marche la quota indicata nella suddetta legge è determinata nell'importo di euro 12.861.641, di cui euro 1.650.351 destinato agli erogatori privati; con DGR n. 490/2022 il finanziamento è stato ripartito tra gli Enti del SSR.

Occorre inoltre considerare che il contratto del comparto della sanità privata è stato oggetto di rinnovo dopo quattordici anni e ha interessato circa centomila lavoratori a livello nazionale.

Dagli atti della Conferenza (con particolare riferimento ai verbali di seduta del 17 ottobre 2019 - prot. n. 5974/C1PERS/C7SAN e del 28 luglio 2020 – prot. n. 5858/C1PERS/C/SAN), preso atto dell'incremento del Fondo sanitario 2020 di 2 miliardi di euro, è emerso, da un lato, l'impegno del Governo a rivedere, con una modifica normativa, il vincolo per l'acquisto delle prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, dall'altro l'impegno delle Regioni a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo contrattuale attraverso un "mix di interventi" individuati, a livello territoriale, nei budget e nelle tariffe.

Con nota prot. n. 5972/C1PERS/C7SAN del 30 luglio 2020, i Presidenti delle Regioni e Province Autonome sono stati invitati "ad adottare ogni utile iniziativa per tradurre gli impegni assunti dalla Conferenza in atti concreti, concludendo a livello territoriale i necessari confronti con le Associazioni datoriali".

In data 08.10.2020 l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) e l'Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari (ARIS), di concerto con le organizzazioni sindacali FP CGIL, CISL FP E UIL FPL, hanno sottoscritto, in via definitiva, il rinnovo del CCNL 2016-2018.

Nell'intesa del 12.11.2019 avvenuta presso il Ministero della Salute tra le parti contraenti e le Regioni, l'impatto economico per il rinnovo di cui trattasi è stimato per la Regione Marche in complessivi euro 2.862.311,00 annui, comprensivo di oneri riflessi, e pertanto i costi stimati, pari al 50% per la Regione stessa, ammontano a circa euro 1.431.165,50.

Il costo del personale è stato attualizzato, come da nota del Presidente di AIOP, prot. 1460908 del 29.12.2020, anticipata con mail del 28.12.2020, da cui si evince una somma pari ad euro 1.341.671,85 per l'aumento contrattuale del personale del comparto della sanità privata, per le strutture iscritte ad AIOP, di cui euro 1.246.225,56 per le strutture iscritte ad AIOP ed aderenti alla Rete d'Impresa, denominata "Casa di Cura delle Marche".

Risulta infine importante tener conto dell'avvio a livello governativo del percorso di revisione ed adeguamento del DM 70/2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), anche alla luce degli indirizzi e dei nuovi modelli organizzativi introdotti dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Nelle more dei percorsi descritti, che consentiranno la definizione di un nuovo accordo triennale, appare necessario procedere ad un aggiornamento per l'anno 2022 dell'accordo di cui alla DGR n. 978/2019, considerata l'esigenza affrontare alcune tematiche non rinviabili, quali: la necessità di circoscrivere la mobilità sanitaria verso altre Regioni e di procedere nel contempo a specifiche azioni di contenimento delle liste di attesa; il potenziamento dei percorsi di ricovero per i pazienti provenienti dai Pronto Soccorso degli stabilimenti pubblici, al



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

fine limitarne il sovraffollamento; la definizione delle modalità di copertura del 50% dei costi legati al rinnovo contrattuale del comparto della sanità privata.

In considerazione di quanto sopra, anche in collaborazione col Dipartimento Programmazione integrata, UE e Risorse finanziarie, umane e strumentali della Regione Marche e dell'Agenzia Regionale Sanitaria, sono stati organizzati presso il Dipartimento Salute della Regione Marche numerosi incontri con l'AIOP Marche, le organizzazioni sindacali, la Direzione generale e amministrativa dell'ASUR, al fine di dar corso in maniera strutturata e compartecipata alle attività di recepimento delle disposizioni nazionali ed all'attuazione delle varie tematiche sopra citate.

All'esito dei suddetti incontri, è stato siglato dal Direttore del Dipartimento Salute, dal Presidente AIOP Marche e dai rappresentanti delle singole Case di Cura multispecialistiche private accreditate della Regione Marche, in data 07/07/2022, ns. prot. n. 26942303|19/07/2022|SALU, l'accordo per l'anno 2022 tra la Regione Marche, l'AIOP e le Case di Cura aderenti alla Rete d'Impresa "Casa di Cura della Marche" contenuto nell'Allegato "A" della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, la cui effettiva operatività è subordinata all'approvazione della medesima deliberazione.

Dalla comunicazione del Dirigente Settore Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria, ns. prot. n. 0945665|21/07/2022|SALU|A, il suddetto accordo, limitatamente alla sua durata, è coerente con i requisiti e gli standard di riferimento inerenti l'assetto organizzativo della rete ospedaliera regionale e con la normativa regionale in materia di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate nel setting ospedaliero, pubblico e privato. In particolare, esso risulta conforme al programma di riorganizzazione della rete di offerta privata e delle singole strutture, sulla base di quanto disposto dal D.M. n. 70/2015, e dalle DGR n. 559/2015 e n. 908/2015 (come rettificata con DGR n. 940/2015).

L'accordo, che mira ad ottimizzare la funzione complementare ed integrativa delle Case di Cura multispecialistiche private accreditate rispetto alla rete di offerta pubblica, nel perseguimento degli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Regionale, presenta elementi di innovazione rispetto al precedente accordo di cui alla DGR n. 978/2019.

In primo luogo, alla luce del progressivo potenziamento dell'attività istituzionale svolta dalle strutture pubbliche per il contenimento dei tempi di attesa, della contestuale attivazione di azioni volte al recupero di appropriatezza delle prestazioni insieme al selettivo incremento della produzione da parte dei medesimi erogatori, in una logica volta al riequilibrio delle risposte clinico-assistenziali sul territorio vengono rimodulati i progetti di riduzione dei tempi di attesa e di recupero della mobilità passiva previsti nell'accordo. Tali linee progettuali vengono inoltre orientate in maniera più specifica verso ambiti di attività collegati ai bisogni di salute dei cittadini, tra i quali, la riduzione dei tempi di attesa per prestazioni di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, la gestione dei ricoveri trasferiti dai Pronto Soccorso della rete ospedaliera pubblica e della casistica in post-acuzie, un piano di committenza maggiormente appropriato per le attività volte al recupero della mobilità sanitaria verso altre Regioni.

Per l'anno 2022 ed in coerenza alla rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

recupero delle liste d'attesa di cui alla DGR n. 490/2022, ai progetti relativi alle Liste di Garanzia ed alla Riduzione dei Tempi di Attesa viene inoltre assegnato il contributo finalizzato previsto per gli erogatori privati dalla L. n.234 del 30.12.2021.

In secondo luogo, al fine di favorire un orientamento delle Case di Cura multispecialistiche private verso una produzione più qualificata, diminuendo al contempo le prestazioni potenzialmente inappropriate, è stata prevista una riconversione selettiva delle prestazioni ospedaliere in mobilità attiva interregionale di "Non Alta Specialità" con prestazioni di "Alta Specialità", fermo restando il finanziamento complessivo per tale ambito.

Infine, a fronte della necessità di garantire la copertura del 50% dei maggiori oneri conseguenti la applicazione del CCNL AIOP del comparto ospedaliero, così come disposto dalla Conferenza delle Regioni, in considerazione del perdurare dei tetti di spesa fissati dall'art. 15, comma 14, della L. 135/2012, il tariffario regionale per le prestazioni ospedaliere di cui alla DGR n. 709/2014 viene modificato, nelle more della revisione del tariffario nazionale prevista all'art.1 comma 280 della L. n. 234/2021.

Tale modifica, contenuta nell'Allegato "B" della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, la cui effettiva operatività è subordinata all'approvazione della medesima deliberazione, comporta che, a decorrere dal 01.01.2022, le tariffe dei DRG per acuti non potenzialmente inappropriate, relative alle strutture della Tipologia C, per le quali la DGR n. 709/2014 prevede un abbattimento tariffario del 5% rispetto alle tariffe stabilite con il DM 18.10.2012, nonché quelli per le quali prevede tariffe valorizzate a "TUC" 2012, vengano aggiornate con tariffe abbattute del 1% rispetto a quelle stabilite con DM 18.10.2012. La tariffa dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione cardiologica (codice 56, MDC 5) per le strutture della Tipologia C, di cui alla DGR n. 709/2014, viene altresì aggiornata con una tariffa abbattuta del 1% rispetto a quella stabilita con DM 18.10.2012. Gli erogatori privati si impegnano, a loro volta, a garantire il rispetto dei CCNL.

Al fine di assicurarne la coerenza con le possibili modifiche delle indicazioni e della normativa di carattere nazionale o regionale, la programmazione prevista nel presente accordo potrà essere rivista o integrata, con riferimento sia ai contenuti, sia alle risorse assegnate.

Per tutto quanto sopra esposto si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Alessandro Mengoni

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE SANITÀ E INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Attesta, altresì, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio regionale.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente della Direzione
Filippo Masera

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione. Dichiaro, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore del Dipartimento
Armando Marco Gozzini

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI



**ACCORDO CON L'AIOP E LE CASE DI CURA ADERENTI ALLA RETE D'IMPRESA
DENOMINATA "CASA DI CURA DELLE MARCHE", PER L'ANNO 2022**

Premessa

Le Case di Cura private multi specialistiche accreditate della Regione Marche, riunite sotto la Rete d'Impresa, denominata "Case di Cura delle Marche" (Sub reti Case di Cura della AV2, Case di Cura AV3 e Case di cura AV4/5) ed associate all'AIOP, sono inserite nella rete di offerta del servizio sanitario regionale in funzione complementare ed integrativa della rete assistenziale pubblica, sulla base di accordi che, in attuazione degli indirizzi programmatori nazionali e regionali, costituiscono la cornice su cui ASUR può procedere alla sottoscrizione degli Accordi Contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lvo 502/1992 e s.m.i..

Con DGR n.978/2019 è stato approvato l'accordo per gli anni 2019-2020-2021 che ha operato nell'intero corso della Pandemia Covid-19 caratterizzato da situazioni di operatività straordinaria e di emersione di nuovi bisogni a fronte dei quali la Regione Marche ha avviato un percorso di ottimizzazione delle modalità organizzative dell'ASUR e di revisione del Piano Sanitario Regionale, tuttora in fase di elaborazione, anche nell'obiettivo di fornire nuovi indirizzi per una più aggiornata definizione del ruolo dei soggetti erogatori privati e per una più specifica azione di committenza.

Contestualmente è stato avviato a livello governativo un percorso di revisione ed adeguamento del DM 70/2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), anche alla luce degli indirizzi e dei nuovi modelli organizzativi introdotti dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Nelle more di questi percorsi, che consentiranno la definizione di un nuovo accordo triennale, appare necessario procedere comunque ad un aggiornamento per l'anno 2022 dell'accordo di cui alla DGR n. 978/2019, per affrontare alcune tematiche non rinviabili legate essenzialmente ai seguenti aspetti:

1. Rafforzare la funzione di complementarietà della rete di offerta ospedaliera privata nel raggiungimento degli obiettivi strategici del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento al potenziamento dei percorsi di ricovero per i pazienti provenienti dai Pronto Soccorso degli stabilimenti pubblici, al fine limitarne il sovraffollamento.
2. Necessità, da parte della Regione, di circoscrivere la mobilità sanitaria verso altre Regioni e di procedere, nel contempo, a specifiche azioni di contenimento delle liste di attesa, anche sulla base di quanto disposto dagli art. 276, 277, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.
3. Presa d'atto del rinnovo del CCNL AIOP del comparto della ospedalità privata, a fronte dell'impegno assunto dal Ministero, dalla Conferenza delle Regioni, affinché le Regioni provvedano alla copertura del 50% dei maggiori oneri che ne sono derivati;
4. Necessità della Regione di procedere verso il rispetto dei vincoli fissati dall'art. 15, comma 14, della Legge n. 135/2012 in merito all'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni specialistiche e di ricovero ospedaliero.

L'Accordo si inserisce comunque all'interno della logica di programmazione strategica regionale al fine di garantire la maggiore efficienza del sistema sanitario, la migliore sanità dei propri cittadini ed il soddisfacimento dei loro bisogni, dove le strutture private accreditate rappresentano una parte integrante dell'offerta assistenziale del medesimo sistema sanitario regionale.

ACCORDO 2022

Principi base dell'Accordo

Le strutture private accreditate sono parte integrante dell'offerta assistenziale del sistema sanitario regionale e in tale funzione partecipano alla costruzione dell'offerta nell'ottica finalizzata alla costruzione delle reti assistenziali, alla riduzione della frammentazione ospedaliera e al miglioramento della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, così come normato dagli atti regionali in essere.

Si dà atto che la funzione strategica delle strutture private, firmatarie del presente accordo, deve essere individuata nella loro capacità di completare ed integrare l'offerta a gestione pubblica, nell'ambito della programmazione regionale ed attraverso i piani di committenza all'interno degli accordi contrattuali con l'ASUR.

Il presente accordo potrà essere inoltre rivisto nei contenuti e nei valori di budget assegnati a seguito delle indicazioni o della normativa di carattere nazionale o regionale che ne richieda la revisione e/o integrazioni, come, ad esempio, le possibili modifiche dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, del DM 70/2015, della regolamentazione della mobilità sanitaria e dei relativi abbattimenti, degli adempimenti LEA e dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale.

Con la sottoscrizione del presente accordo le Case di Cura aderenti alla Rete di Impresa "Case di Cura delle Marche" si impegnano:

1. a garantire il rispetto dei CCNL, prendendo atto che in merito alla copertura del 50% dei costi del CCNL AIOP 2016-2018 il presente accordo provvede in modo prospettico mediante gli adeguamenti tariffari previsti al capo 1 del presente atto, mentre per le trascorse annualità 2020 e 2021 si dà atto che le stesse devono intendersi coperte dalle disponibilità di budget già complessivamente concesse dalla DGR 978/2019 per tali anni. Pertanto, in calce alla contabilità di rispettivo riferimento, verrà accettato e sottoscritto, l'esauritivo soddisfacimento di qualsiasi spettanza economica, anche in riferimento agli importi del 2020 e 2021 per la copertura del 50% dei maggiori oneri conseguenti la applicazione del CCNL AIOP 2016-2018 del comparto ospedaliero, incluso il contributo "una tantum" riparatorio di cui al'art.54 del medesimo CCNL;
2. a emettere le note di credito richieste da ASUR per gli anni pregressi a quello disciplinato dal presente accordo entro 10 giorni dalla data di sottoscrizione dello stesso (le note di credito per il superamento del budget 2014 – 2019, il superamento del budget 2020 e per gli abbattimenti della mobilità attiva extraregionale di cui alla nota ASUR n. 23292 del 28/06/2021, riportate nella tabella n. 5). Nell'ipotesi di non emissione delle note di credito così come sopra stabilito, su espressa indicazione delle singole Case di Cura, ASUR provvederà alla decurtazione del budget indicato per l'anno 2022 nel presente accordo (per residenti e/o in mobilità attiva interregionale) relativo a tali strutture, per l'esatto ammontare delle note di credito non emesse, e procederà, entro un mese dalla sottoscrizione del presente accordo, alla cancellazione delle note di credito non emesse ed alla liquidazione delle fatture ad esse collegate. Le Case di Cura e la Regione Marche rinunciano sin d'ora all'avvio di qualsiasi contenzioso inerente le materie disciplinate al punto 2.
3. a non avviare nuovi contenziosi giudiziari sia nei confronti di regione Marche che di ASUR relativi o comunque connessi alle materie disciplinate nel presente accordo ed in quelli precedenti (DGR n. 978/2019 e DGR n. 1636/2016), pena la decurtazione del budget per l'anno 2022, come indicato nel presente accordo, nella esatta misura del valore del contenzioso che ASUR deve accantonare al "fondo rischi", nei confronti dei soggetti promotori del contenzioso. Tale decurtazione verrà posta in essere a decorrere dal 30° giorno successivo alla notifica dell'atto giudiziario introduttivo del contenzioso. Qualora non residui nel budget previsto per l'anno 2022 importo sufficiente a soddisfare la decurtazione prevista, la stessa avverrà attraverso la riduzione corrispondente del budget dell'anno 2023;
4. ad accettare, per quanto di competenza, eventuali decurtazioni di budget derivanti da qualsiasi forma di abbattimento del Fondo Sanitario Regionale, applicato dal livello governativo nell'ambito dei rapporti con la sanità privata.
5. a dare preventiva informativa in merito all'adozione di qualsivoglia disposizione inerente le materie disciplinate dal presente accordo, aprendo uno specifico tavolo di concertazione con i rappresentanti delle strutture aderenti all'AIOP.

Il presente accordo è coerente con l'attuale programmazione della rete di offerta privata e delle singole strutture, e viene approvato nelle more della revisione del Piano Sanitario Regionale. Viene confermato l'impegno delle strutture erogatrici private di proseguire nei programmi di Riduzione dei Tempi di Attesa (RTA) e Recupero Mobilità Passiva (RMP), esclusivamente sulla base degli aspetti regolatori disciplinati nel presente accordo.

Al fine di garantire l'efficacia dei progetti per il contenimento e recupero della mobilità passiva, l'ASUR può utilizzare le eventuali quote, di cui alla tabella n. 4, liberate dalle strutture che non dovessero risultare firmatarie.

Entro i 10 giorni successivi allo spirare del termine di cui al punto n. 2 l'ASUR dovrà procedere alla sottoscrizione degli Accordi contrattuali per l'anno 2022 con le Case di Cura accreditate facenti parte delle singole Reti d'Impresa, sia per le prestazioni erogate ai residenti della Regione Marche che fuori regione, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto.

Per l'anno 2023, nelle more della sottoscrizione di un nuovo accordo regionale con l'AIOP e le Case di Cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di cura delle Marche", l'ASUR è autorizzata all'acquisto di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali verso i suddetti erogatori, per un importo pari ai budget 2022 di cui al presente accordo.

La Regione riconoscerà eventuali trasferimenti a titolo di ristoro per i costi sostenuti durante il periodo dell'emergenza-pandemica non direttamente imputabili alle singole prestazioni erogate ed opportunamente rendicontati, tenendo conto dell'incidenza degli stessi sul totale dei costi Covid-19 del SSR non ancora riconosciuti, qualora fossero previste ulteriori risorse nazionali per l'anno in corso finalizzate all'emergenza Covid-19 e previa accettazione della suddetta rendicontazione da parte del livello ministeriale.

1. Sistema Tariffario

A fronte della necessità di favorire la totale copertura del 50% dei maggiori oneri conseguenti la applicazione del CCNL AIOP del comparto ospedaliero, nelle more della revisione del tariffario nazionale delle prestazioni ospedaliere previsto dall'art. 280 della Legge 248/2021, il tariffario regionale fissato con DGR n. 709/2014, da applicare a tutte le prestazioni ospedaliere, viene modificato a decorrere dal 01/01/2022.

Tale modifica comporta che le tariffe dei DRG per acuti non potenzialmente inappropriati, relative alle strutture della Tipologia C, per le quali la DGR 709/2014 prevede con abbattimento tariffario del 5% rispetto alle tariffe stabilite con il DM 18.10.2012, nonché quelli per le quali prevede tariffe valorizzate a "TUC" 2012, vengano aggiornate con tariffe abbattute del 1% rispetto a quelle stabilite con DM 18/10/2012. I DRG precedentemente valorizzati a "TUC" 2012 verranno complessivamente sottoposti a costante monitoraggio nell'ambito dei percorsi valutativi delle prestazioni da parte del settore competente in materia di assistenza ospedaliera dell'Agenzia Regionale Sanitaria. La tariffa dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione cardiologica (codice 56, MDC 5) per le strutture della Tipologia C, di cui alla DGR 709/2014, viene altresì aggiornata con una tariffa abbattuta del 1% rispetto a quella stabilita con DM 18/10/2012.

Resta immutata la tariffazione dei DRG per i quali la DGR n.709/2014 prevede la applicazione piena delle tariffe del DM 18.10.2012, nonché gli abbattimenti previsti per i c.d. DRG ad alto rischio di non appropriatezza, soggette al rispetto delle relative soglie in regime di ricovero ordinario e di day hospital già fissate nella citata delibera.

Per tutte le strutture, in considerazione del perdurare dei tetti di spesa fissati dall'art. 15, comma 14, della L. 135/2012, a fronte della revisione tariffaria dei ricoveri ospedalieri non può corrispondere un incremento del Budget di spesa.

Le Case di Cura si impegnano pertanto ad una sistematica revisione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri, con spostamento verso il regime ambulatoriale o residenziale di tutte le prestazioni erogabili in tali livelli assistenziali, al fine di orientare l'offerta verso gli ambiti più idonei alle esigenze dell'utenza ed alla programmazione regionale.

Per le prestazioni ambulatoriali, nelle more della approvazione del nuovo tariffario nazionale, si conferma l'applicazione del nomenclatore regionale di cui alla DGR n. 1468/2014 e s.m.i..

Secondo quanto disposto dal Decreto n. 7/SAN del 30/03/2018, relativamente alle ricette dematerializzate prescritte all'interno della Regione riguardanti le prestazioni ambulatoriali di colonscopia (codice 45.23), nei

casi in cui durante l'esecuzione della procedura si dovesse rendere necessario effettuare una biopsia, onde evitare di procedere con una ulteriore successiva procedura con conseguenti maggiori disagi per l'assistito, è possibile per la struttura erogante sostituire la prestazione prescritta sopracitata con la prestazione con codice 45.25 (biopsia endoscopica dell'intestino crasso), in quanto appartenente alla stessa branca specialistica. Analogamente, nel caso in cui si renda necessaria l'asportazione di uno o più polipi, la prestazione prescritta sopracitata (45.23) potrà essere sostituita in fase di erogazione con la prestazione della medesima branca con codice 45.42 (polipectomia endoscopica dell'intestino crasso). Le eventuali variazioni effettuate dagli erogatori saranno oggetto di specifico monitoraggio. Per le prestazioni erogate in regime di mobilità sanitaria, è esclusa la possibilità di variare le prestazioni in fase di erogazione.

Per le prestazioni di cure intermedie, ferma restando la tariffa di cui alla DGR n. 960/2014, si prevede un'integrazione pari a 7,5 euro/die, nel caso di trasferimento dal Pronto Soccorso ospedaliero o per dimissione diretta da un qualsiasi reparto per Acuti o di Lungodegenza e Riabilitazione, così come nel percorso di "dimissione protetta" con valutazione multidimensionale dell'Unità Valutativa Integrata del distretto sanitario di competenza, attraverso la presa in carico della persona così come prevista delle procedure di dimissione protetta di cui alla DGR 1237/2021, nonché nel percorso di "ammissione protetta" con valutazione multidimensionale dell'Unità Valutativa Integrata del distretto sanitario di competenza, attraverso la presa in carico del paziente (così come previsto dalle procedure dell'Area Vasta in cui insiste la struttura).

Al fine di consentire il progressivo utilizzo di strumentazioni e tecnologie avanzate nella esecuzione di interventi chirurgici e/o procedure terapeutiche, la Regione Marche si impegna ad approfondire la possibilità di adottare in futuro, in via sperimentale, formule di "co-payment".

2. Appropriatelyzza e rispetto delle soglie minime di volume di attività

Per quanto attiene l'appropriatelyzza in regime di ricovero le strutture del Privato, in modo analogo alle strutture pubbliche, si impegnano al rispetto delle regole di cui ai Decreti n.20 del 27/09/2021, n.6 del 20/02/2020, n. 13/RAO del 06/05/2019, n.28/RAO del 21/09/2018, n.08/RAO del 05/04/2016, n. 12/RAO del 28/04/2016, n.20/RAO del 26/07/2016, e alle DGR n. 952/2019 e n. 1489/2019 ed accettano conseguentemente gli eventuali abbattimenti tariffari nel caso in cui i CVPS aziendali ASUR/AV rilevino il non rispetto delle modalità di ricovero e durata dello stesso.

Eventuali controdeduzioni da parte degli erogatori verranno gestite secondo le modalità fissate nei predetti decreti. Per quanto riguarda le attività collegate alle soglie minime di volume oggetto di monitoraggio di cui al DM 70/2015, gli Stabilimenti, identificati dallo specifico codice ministeriale (HSP 11bis), potranno effettuarle solo a patto che vengano rispettate tali soglie.

Pertanto l'ASUR sarà tenuto a monitorare tali volumi specifici di attività riferiti al singolo stabilimento identificato dallo specifico codice ministeriale (HSP 11bis) attraverso l'utilizzo dei report predisposti nel software regionale messo a disposizione dei referenti CVPS. Gli Stabilimenti identificati dallo specifico codice ministeriale (HSP 11bis) che, a seguito di valutazione annuale, non avranno raggiunto le soglie previste nei volumi minimi di attività, subiranno un abbattimento tariffario dei relativi DRG come di seguito indicato e come da Decreto 13/RAO del 06/05/2019.

VOLUME DI ATTIVITÀ	ABBATTIMENTO TARIFFARIO
$70\% \leq \text{valore} < 100\%$	pari al 30%
$30\% \leq \text{valore} < 70\%$	pari al 50%
$\text{valore} < 30\%$	pari al 100%

Le Case di Cura si impegnano ad emettere tutte le note di credito richieste da ASUR dell'anno di competenza, per il superamento del budget, entro 15 giorni dalla comunicazione degli esiti delle verifiche da parte dei CVPS aziendali ASUR/AV.

3. Modalità di accesso all'attività di ricovero per acuti

Il ricovero può essere proposto da qualunque medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato del SSN. Può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da una struttura pubblica. L'accettazione medica del paziente è a cura del medico della Casa di Cura che effettua il ricovero. Nel caso di paziente che, senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del SSN, si presenti ad una Casa di Cura privata in condizioni cliniche che non consentano il rinvio al Pronto Soccorso, lo stesso deve essere messo in condizioni di sicurezza, attraverso una stabilizzazione, dopo di che la struttura privata procederà al successivo trasferimento presso una struttura pubblica; le prestazioni eseguite saranno rimborsate secondo il vigente sistema tariffario.

4. Flussi informativi

Le strutture private sono tenute al rispetto di tutti gli obblighi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale, il cui rispetto, in termini di tempestività, completezza e qualità, costituisce adempimento della Regione Marche nei confronti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia. Al riguardo, particolare attenzione deve essere posta alla rilevazione del personale di cui alla Tabella 1C.bis del conto annuale, nonché alla registrazione delle grandi apparecchiature sanitarie, di cui al D.M. 22 aprile 2014. Le strutture private sono tenute al raccordo con il CUP unico regionale per la garanzia della trasparenza della gestione delle liste di attesa e a garantire l'inserimento delle attività nel "File C", nonché la corretta gestione della ricetta dematerializzata.

Le singole Case di Cura aderenti alle Reti di Impresa sono autorizzate ad accedere alle agende del sistema informativo CUP per effettuare attività di prenotazione in coerenza con le regole fissate dal presente accordo.

5. Budget di spesa per residenti anno 2022

Relativamente al Budget ordinario massimo complessivo per l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e di cure intermedie a favore dei residenti della Regione, per l'anno 2022 viene confermato il budget "storico" già stabilito nella precedente DGR n. 978/2019. Ad esso si aggiunge una quota di Budget per l'attività extraospedaliera di cure intermedie, non soggetto ai vincoli della L. 135/2012, pari ad euro 38.459,60, in considerazione della impossibilità della Casa di Cura "Marchetti" di poter fruire dell'adeguamento tariffario sui ricoveri per acuti come copertura del 50% dei maggiori oneri conseguenti la applicazione del CCNL AIOP del comparto ospedaliero; al budget dedicato alle prestazioni di cure intermedie viene inoltre trasferita la quota che nell'anno 2021 era stata destinata alla medesima struttura per i progetti di contenimento e recupero della mobilità passiva, pari ad euro 100.000.

Pertanto, il budget massimo complessivo per l'anno 2022 a favore dei residenti della Regione, da intendersi come insuperabile, risulta pari a euro 53.996.304,50, ed è suddiviso tra i vari livelli assistenziali per ciascuna Casa di Cura come da tabella 1.

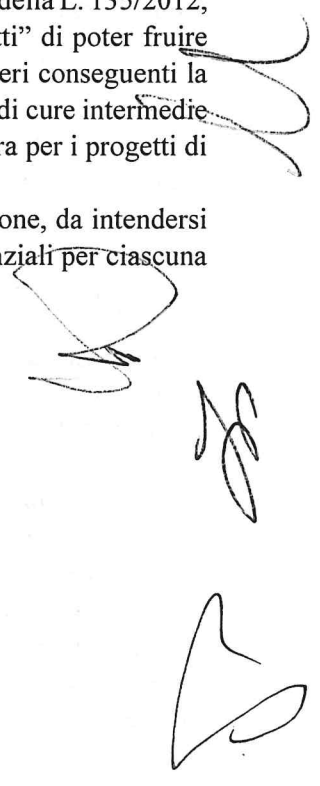


Tabella 1: Budget Attività Ordinaria anno 2022 Case di Cura Multispecialistiche

Budget ordinario per residenti 2022					
		Degenze	Ambulatoriali	Cure Intermedie	Totale 2022
RTI AV2	Villa Igea	12.026.851,35	1.197.726,14		13.224.577,49
	Villa Serena	4.363.991,10	777.562,92		5.141.554,02
	Totale RTI AV2	16.390.842,45	1.975.289,06	0,00	18.366.131,51
RTI AV3	Villa Pini	12.543.768,07	2.013.616,82		14.557.384,89
	Villa Alba		511.378,18		511.378,18
	Marchetti	1.214.136,00	978.252,03	1.196.959,60	3.389.347,63
	Totale RTI AV3	13.757.904,07	3.503.247,03	1.196.959,60	18.458.110,70
RTI AV 4/5	Villa Verde	4.296.504,05	547.118,53		4.843.622,58
	Villa Anna	4.368.171,90	762.525,73		5.130.697,63
	Villa San Marco	2.377.754,21	1.152.142,72		3.529.896,93
	Stella Maris/Sbt	3.222.001,75	445.843,40		3.667.845,15
	Totale RTI AV4/5	14.264.431,91	2.907.630,38	0,00	17.172.062,29
Totale Generale		44.413.178,43	8.386.166,47	1.196.959,60	53.996.304,50

6. Compensazioni e riequilibrio del Budget ordinario assegnato a favore dei residenti della Regione

Per ogni singola struttura, potranno essere effettuate compensazioni tra le attività anche di differente livello assistenziale, nei limiti del 15% del budget ordinario a favore dei residenti della Regione complessivamente assegnato alla struttura stessa, di cui alla tabella 1.

La ulteriore redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura, potrà essere effettuata d'intesa con il Direttore di Area Vasta/ASUR, tra strutture diverse facenti capo alla medesima rete di impresa, situate nella medesima Area Vasta.

Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste è facoltà dell'ASUR di autorizzare la compensazione del budget tra le diverse strutture, su proposta della Rete d'impresa da presentare entro il 30 ottobre dell'anno di competenza, sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio o in caso di situazioni particolari che si dovessero verificare (es. fermo macchina etc.).

7. Mobilità Attiva

Con riferimento alle prestazioni erogate e/o da erogare a titolo di Mobilità Attiva Interregionale si precisa quanto segue:

- le prestazioni di ricovero potranno essere effettuate solo nell'ambito di discipline per le quali la struttura sia già accreditata con il SSN e nel limite della capacità dei posti letto accreditati;
- le prestazioni ambulatoriali dovranno essere erogate attraverso un'unica lista di attesa, escludendo percorsi preferenziali per gli utenti in ragione della loro regione di residenza.

Come già motivato nelle precedenti Deliberazioni (DGR n. 978/2019) tutte le prestazioni di mobilità attiva sono soggette a tetti di produzione ai fini del rispetto dei vincoli di cui all'art. 15, comma 14 della L.135/2012. L'articolo 1 comma 574 della legge 208/2015 stabilisce peraltro che le Regioni possono acquistare prestazioni classificate come di "Alta Specialità" in deroga alla citata L. 135/2012, garantendo in ogni caso l'invarianza dell'effetto finanziario connesso a tale deroga. Si ritiene pertanto che, al fine di garantire l'equilibrio economico del SSR in corso di esercizio, anche le prestazioni di "Alta Specialità" debbano continuare ad essere soggette a controllo, stabilendo a tal fine la fissazione di tetti distinti per prestazioni di "Alta Specialità" (AS) e "Non Alta Specialità" (NAS), come dettagliati nella Tabella 2.

Al fine di valorizzare il ruolo dell'"alta specialità" all'interno del territorio nazionale, diminuendo al contempo le prestazioni potenzialmente inappropriate, si prevede una riduzione selettiva delle prestazioni in mobilità attiva di "Non Alta Specialità", alle quali viene applicato un tetto in riduzione di 6.000.000 euro compensabile

con prestazioni di "Alta Specialità", fermo restando il tetto complessivo di mobilità attiva di euro 35.673.121,00.

Per ogni singola struttura, le eventuali minori prestazioni in regime di ricovero di "Non Alta Specialità" rispetto a tetti specifici, potranno essere compensate con le eventuali maggiori prestazioni in regime ambulatoriale rispetto ai tetti specifici. Non sono ammesse compensazioni inverse.

All'interno dei singoli tetti di cui alla tabella 2, nel rispetto dell'importo complessivo regionale per ciascuno di esso, l'ASUR potrà autorizzare una redistribuzione dell'attività, tra diverse Case di Cura, su proposta della Rete di Impresa Casa di Cura delle Marche da presentare entro il 30 ottobre dell'anno di competenza. Non sono pertanto previste compensazioni tra le prestazioni all'interno del tetto di "Alta Specialità" e quelle all'interno degli altri tetti.

Le prestazioni dell'anno di competenza erogate in regime di mobilità attiva interregionale, rientranti nei tetti, al netto delle prestazioni oggetto sia di qualsiasi contestazione da parte di ASUR (es. CVPS) sia delle contestazioni nazionali previste nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria notificate alle Case di Cura, potranno essere interamente liquidate entro 30 giorni dalla comunicazione delle contestazioni nazionali da parte dell'ASUR alle Case di Cura.

La struttura regionale competente in materia trasmette appena disponibili tutte le contestazioni all'ASUR, in forma aggregata e analitica, al fine della predisposizione delle controdeduzioni per le quali è previsto il diretto coinvolgimento delle strutture private. Si evidenzia che, di norma, la fase relativa alle contestazioni nazionali si conclude entro il 3° trimestre dell'anno successivo a quello di competenza.

Tabella 2: Budget Attività in Mobilità Attiva 2022 comprensivo dell'"Alta Specialità"

MOBILITA' ATTIVA - Budget 2022 comprensivo di Alta Complessità										
		Budget 2021 (Ambulatoriali)	Budget 2021 (Degenze) [DRG "Alta Specilità"]	Budget 2021 (Degenze) [DRG "Non Alta Specialità"]	Budget 2021 (TOTALE)	Budget 2022 (Ambulatoriali)	Budget 2022 (Degenze) [DRG "Alta Specilità"]	Budget 2022 (Degenze) [DRG "Non Alta Specialità"]	Budget 2022 (TOTALE)	Var. 2021 - 2022 Budget (Degenze) [DRG "Non Alta Specialità"]
RTI AV2	Villa Igea	46.845,17	1.920.058,28	4.335.173,55	6.302.077,00	46.845,17	2.270.760,41	3.984.471,42	6.302.077,00	-350.702,13
	Villa Serena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Totale RTI AV2	46.845,17	1.920.058,28	4.335.173,55	6.302.077,00	46.845,17	2.270.760,41	3.984.471,42	6.302.077,00	-350.702,13
RTI AV3	Villa Pini	44.087,81	3.015.580,78	3.822.032,41	6.881.701,00	44.087,81	4.486.231,24	2.351.381,95	6.881.701,00	-1.470.650,46
	Marchetti	0,00	0,00	34.000,00	34.000,00	0,00	0,00	34.000,00	34.000,00	0,00
	Totale RTI AV3	44.087,81	3.015.580,78	3.856.032,41	6.915.701,00	44.087,81	4.486.231,24	2.385.381,95	6.915.701,00	-1.470.650,46
RTI AV 4/5	Villa Verde	258.917,60	428.154,47	1.486.042,93	2.173.115,00	258.917,60	891.158,16	1.023.039,24	2.173.115,00	-463.003,69
	Villa Anna	1.144.540,28	4.101.983,08	3.805.167,64	9.051.691,00	1.144.540,28	5.588.305,07	2.318.845,65	9.051.691,00	-1.486.321,99
	Villa San Marco	923.090,85	1.882.391,48	1.858.662,67	4.664.145,00	923.090,85	2.606.224,81	1.134.829,34	4.664.145,00	-723.833,33
	Stella Maris/Sbt	70.001,64	2.546.047,20	3.950.343,16	6.566.392,00	70.001,64	4.051.535,60	2.444.854,76	6.566.392,00	-1.505.488,40
	Totale RTI AV4/5	2.396.550,36	8.958.576,23	11.100.216,40	22.455.342,99	2.396.550,36	13.137.223,64	6.921.568,99	22.455.342,99	-4.178.647,41
Totale Generale		2.487.483,35	13.894.215,29	19.291.422,36	35.673.121,00	2.487.483,35	19.894.215,29	13.291.422,36	35.673.121,00	-6.000.000,00

8. Progetti per la gestione delle Liste di Garanzia e Tempi di Attesa

Nell'ambito di un più consistente programma di riduzione delle Liste di Attesa, con particolare riferimento alle prestazioni inserite nel PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste di Attesa) sottoposte a monitoraggio con DGR n. 808/2015 e DGR n. 640/2018, vengono destinate risorse ai progetti per la gestione delle Liste di Garanzia a favore dei pazienti residenti nella Regione Marche di cui alle DGR n. 380/2019, n. 462/2019 e n. 703/2019.

Alla luce del progressivo potenziamento dell'attività istituzionale erogata dalle strutture pubbliche per il contenimento dei tempi di attesa, anche alla luce della riduzione della curva pandemica, per l'anno 2022 il budget massimo attribuito per tale linea progettuale viene fissato in euro 2.895.256,00 (tabella 3), con una riduzione di spesa di euro 3.400.000 rispetto alle risorse assegnate per analoghe progettualità nell'anno 2021 con DGR n. 978/2019.

Le prestazioni erogate nell'ambito dei seguenti progetti sono finalizzate:

1. in via prioritaria, alla copertura delle liste di garanzia per la riduzione dei tempi di attesa, per prestazioni di cui all'allegato B, con particolare riferimento alle prestazioni di cui al PNGLA;
2. alla gestione dei ricoveri trasferiti dal Pronto Soccorso della rete ospedaliera pubblica e della casistica in post-acuzie;
3. in terza ipotesi, solo nel caso in cui non fossero necessari gli impieghi di cui ai punti n.1 e 2 e su espressa autorizzazione dell'ASUR, al recupero liste di attesa per interventi chirurgici programmati non effettuati dal sistema regionale negli anni 2020 e 2021.

Tali attività verranno valutate da ASUR sulla base dell'avanzamento delle richieste. Le quote attribuite a ciascuna Casa di Cura sulla base della tabella 3 potranno essere compensate all'interno delle sub-reti, previo accordo con ASUR.

Contestualmente si dà atto che gli articoli dal n. 276 al n. 279 della L.234/2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) prevedono la proroga della L.106/2021 (Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa) nonché una specifica provvista finanziaria finalizzata al recupero delle liste di attesa per prestazioni chirurgiche ed ambulatoriali non effettuate durante il periodo della Pandemia, anche con il coinvolgimento degli erogatori privati in deroga all'art. 15, comma 14 della L. 135/2012. Per la Regione Marche è previsto un Finanziamento di euro 12.861.641 di cui euro 1.650.351 destinato agli erogatori privati.

Di conseguenza, esclusivamente a valere per l'anno 2022 ed in coerenza alla rimodulazione per l'anno 2022 del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa, il finanziamento relativo alla Liste di Garanzia e Riduzione dei Tempi di Attesa stabilito per l'anno 2022 viene incrementato del contributo di euro 1.650.351, ripartito quest'ultimo tra le singole Case di Cura secondo la tabella 3.

Tale finanziamento è condizionato all'approvazione da parte del Ministero della Salute della pianificazione regionale di cui alla L. 234/2021 e sarà soggetto a separata rendicontazione.

Considerato che la gestione delle predette progettualità potrebbe necessitare di una costante rimodulazione ed ottimizzazione dell'offerta, anche al fine di consentire la più equa distribuzione possibile delle prestazioni sul territorio regionale ad integrazione dell'offerta pubblica, sulla base delle effettive necessità che si palesano durante il monitoraggio dei percorsi, si dà mandato ad ASUR di gestire l'intera attività di committenza per le attività rientranti nelle quote di cui alla tabella 3.

Tabella 3: Budget 2022 progetti per la gestione delle Liste di Garanzia e Tempi di Attesa

		Risorse per la gestione delle liste di garanzia e riduzione dei tempi di attesa 2022		
		Budget 2022 (L. garanzia + TdA)	Budget 2022 (Contributi finalizzati L. 234/2021)	Budget 2022 (TOTALE)
RTI AV2	Villa Igea	511.481,00	291.554,00	803.035,00
	Villa Serena	0,00	0,00	0,00
	Totale RTI AV2	511.481,00	291.554,00	803.035,00
RTI AV3	Villa Pini	558.524,00	318.369,00	876.893,00
	Marchetti	2.759,00	1.573,00	4.332,00
	Totale RTI AV3	561.283,00	319.942,00	881.225,00
RTI AV 4/5	Villa Verde	176.372,00	100.535,00	276.907,00
	Villa Anna	734.642,00	418.760,00	1.153.402,00
	Villa San Marco	378.545,00	215.778,00	594.323,00
	Stella Maris/Sbt	532.933,00	303.782,00	836.715,00
Totale RTI AV4/5		1.822.492,00	1.038.855,00	2.861.347,00
Totale Generale		2.895.256,00	1.650.351,00	4.545.607,00

9. Progetto Contenimento e Recupero Mobilità Passiva.

La Regione da diversi anni ha posto in essere azioni volte a contenere la mobilità sanitaria passiva attraverso il potenziamento di prestazioni ospedaliere oggetto di particolari fenomeni di fuga, coinvolgendo anche i soggetti erogatori privati tramite attività di committenza legate a specifici progetti che prevedono modalità vincolanti di erogazione, rendicontazione e fatturazione di un limitato elenco di prestazioni, verso le quali le medesime strutture si impegnano ad orientare larga parte della propria attività ordinaria.

Per l'anno 2022, l'attività in oggetto sarà svolta esclusivamente sulle prestazioni di ricovero di cui all'allegato A. Considerata la contestuale attivazione di azioni volte al recupero di appropriatezza delle prestazioni ed al selettivo incremento della produzione da parte delle strutture pubbliche, il budget massimo per l'anno 2022 attribuito a ciascuna Casa di Cura per detta attività fa riferimento all'assegnazione prevista nella tabella 4, con una riduzione di spesa di euro 700.000 a valere sul 2021.

Per accedere alla quota di committenza prevista nei progetti ciascuna struttura dovrà rispettare una "quota di accesso" che presuppone l'aver eseguito nell'ambito del proprio Budget ordinario relativo alle degenze (di cui alla tabella 1) prestazioni inserite nell'elenco di cui all'Allegato A per almeno un 40% del valore complessivo del Budget stesso, al netto del valore dei ricoveri accettati per trasferimento diretto dal Pronto Soccorso Ospedaliero; a tal fine si terrà un monitoraggio semestrale con incontri dedicati tra ASUR e le Reti di Impresa. Le prestazioni saranno rendicontate e fatturate separatamente, applicando il tariffario regionale corrente.

Tabella 4: Budget 2022 per progetti di contenimento e recupero della mobilità passiva

Interventi su RMP 2022		
		Budget 2022
RTI AV2	Villa Igea	2.860.000,00 €
	Villa Serena	- €
	Totale RTI AV2	2.860.000,00 €
RTI AV3	Villa Pini	2.500.000,00 €
	Marchetti	
	Totale RTI AV3	2.500.000,00 €
RTI AV 4/5	Villa Verde	1.230.130,45 €
	Villa Anna	390.030,00 €
	Villa San Marco	579.839,55 €
	Stella Maris/Sbt	300.000,00 €
	Totale RTI AV4/5	2.500.000,00 €
Totale Generale		7.860.000,00 €

Tabella 5: ASUR – Note di credito da ricevere

		Superamento Budget 2014- 2020	80% Abbattimenti mobilita' attiva extra Regione (nota ASUR 23292 del 28/06/2021)	Totale Note di Credito da ricevere
RTI AV2	Villa Igea	51.183,00	355.336,00	406.519,00
	Villa Serena	0,00	0,00	0,00
	Totale RTI AV2	51.183,00	355.336,00	406.519,00
RTI AV3	Villa Pini	189.926,50	0,00	189.926,50
	Marchetti	1.743,30	0,00	1.743,30
	Totale RTI AV3	191.669,80	0,00	191.669,80
RTI AV 4/5	Villa Verde	0,00	0,00	0,00
	Villa Anna	0,00	0,00	0,00
	Villa San Marco	251.943,40	26.833,60	278.777,00
	Stella Maris/Sbt	0,00	843.017,60	843.017,60
	Totale RTI AV4/5	251.943,40	869.851,20	1.121.794,60
Totale Generale		494.796,20	1.225.187,20	1.719.983,40

ALLEGATO A

Prestazioni oggetto dei progetti di contenimento e recupero della mobilità passiva

1. Prestazioni di ricovero a DRG, con soglie % dei ricoveri ordinari e day surgery sul totale prestazioni

DRG	Descrizione DRG	Valore soglia (% Max. RO > 1 giorno su totale ricoveri)	Valore soglia (% Max. Day surgery su totale ricoveri diurni e prestazioni ambulatoriali)
8	Nervi periferici	10%	15%
40	Occhio	15%	15%
42	Interv. sulle strutture intraoculari	19%	10%
55	Miscellanea di interv. su orecchio naso bocca e gola	35%	
63	Orecchio naso gola		
147	Resezione rettale		
149	Intestino		
158	Interv. su ano e stoma senza CC	30%	
160	Ernia	30%	40%
162	Ernia inguinale	10%	40%
169	Bocca	10%	
211	Interv. su anca e femore		
219	Interv. su arto inf. e omero		
223	Interventi maggiori sulla spalla e gomito		
224	Spalla		
225	Interventi sul piede		25%
227	Tessuti molli	20%	
229	Interv. su mano o polso	7%	
234	Altri Interventi su sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo		
266	Trapianti di pelle	15%	
290	Interv. sulla tiroide		
304	Rene e uretere		
305	Rene		
311	Via transuretrale		
335	Pelvi maschili		
339	Testicolo	10%	
359	Utero		
491	Articolazioni maggiori		
494	Colecistectomia		
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale		
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di inf.	20%	
538	Escissione locale e rimoz. di mezzi di fissazione int.	20%	
544	Sostitut. di articolaz. Maggiori		
545	Revisione di sostitut. dell'anca o del ginocchio		

Le prestazioni di ricovero saranno fatturate con il tariffario regionale (DGR 709/2014) così come corretto dal presente accordo.

ALLEGATO B

Prestazioni oggetto dei progetti di gestione delle Liste di Garanzia e Tempi di Attesa

1. Visite Specialistiche e diagnostica di cui al PNGLA

Tutte le prestazioni relative a visite specialistiche e diagnostica per immagini verranno eseguite, nell'ambito della programmazione delle liste di garanzia, a tariffario regionale.

Visite specialistiche

Progressivo prestazione	Codice Prestazione	Descrizione prestazione
1	89.7	Visita Cardiologica
2	89.7	Visita chirurgia vascolare
3	89.7	Visita endocrinologica
4	89.13	Visita Neurologica
5	95.02	Visita Oculistica
6	89.7	Visita ortopedica
7	89.26	Visita Ginecologica
8	89.7	Visita Otorinolaringoiatra
9	89.7	Visita Urologica
10	89.7	Visita Dermatologica
11	89.7	Visita Fisiatrice
12	89.7	Visita Gastroenterologica
13	89.7	Visita Oncologica
14	89.7	Visita Pneumologica



Diagnostica

Progressivo prestazione	Codice Prestazione	Descrizione prestazione
15	87.37.1	Mammografia bilaterale
16	87.37.2	Mammografia monolaterale
17	87.41	TC torace
18	87.41.1	TC torace senza e con MDC
19	88.01.1	TC addome superiore
20	88.01.2	TC addome superiore senza e con MDC
21	88.01.3	TC addome inferiore
22	88.01.4	TC addome inferiore senza e con MDC
23	88.01.5	TC addome completo
24	88.01.6	TC addome completo senza e con MDC
25	87.03	TC cranio-encefalo
26	87.03.1	TC cranio-encefalo senza e con MDC
27	88.38.A	TC rachide e speco vertebrale cervicale
28	88.38.B	TC rachide e speco vertebrale toracico
29	88.38.C	TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro coccige
30	88.38.D	TC rachide e speco vertebrale senza e con MDC
31	88.38.E	TC rachide e speco vertebrale toracico senza e con MDC
32	88.38.F	TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro coccige senza e con MDC
33	88.38.5	TC bacino e articolazioni sacroiliache
34	88.91.1	RM encefalo e tronco encefalitico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare
35	88.91.2	RM encefalo e tronco encefalitico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC
36	88.95.4	RM addome inferiore e scavo pelvico
37	88.95.5	RM addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC
38	88.93.6	RM colonna in toto
39	88.93.8	RM colonna in toto senza e con MDC
40	88.71.4	Ecografia capo e collo
41	88.72.3	Eco(color)dopplergrafia cardiaca
42	88.73.5	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici
43	88.74.1	Ecografia addome superiore
44	88.75.1	Ecografia addome inferiore
45	88.76.1	Ecografia addome completo
46	88.73.1	Ecografia bilaterale della mammella
47	88.73.2	Ecografia monolaterale della mammella
48	88.78	Ecografia ostetrica
49	88.78.2	Ecografia ginecologica
50	88.77.5 - 88.77.4	Ecocolor doppler arti inferiori arterioso e/o venoso
51	45.23	Colonscopia totale con endoscopio flessibile
52	45.42	Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede unica
53	45.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile
54	45.13	Esofagogastroduodenoscopia [EGDS]
55	45.16.2 - 45.16.1	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia
56	89.52	Elettrocardiogramma
57	89.50	Elettrocardiogramma dinamico
58	89.41	Test cardiovascolare da sforzo
59	89.44	Altri test cardiovascolari da sforzo
60	95.41.1	Esame audiometrico tonale
61	89.37.1	Spirometria semplice
62	89.37.2	Spirometria globale
63	95.11	Fotografia de fundus
64	93.08.A	Elettromiografia semplice per arto superiore
65	93.08.B	Elettromiografia semplice per arto inferiore
66	93.08.C	Elettromiografia semplice del capo
67	93.08.D	Elettromiografia semplice del tronco
68	93.08.E	Elettromiografia dinamica del cammino
69	93.08.F	Elettromiografia dinamica dell'arto superiore

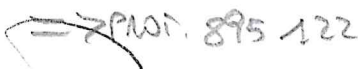
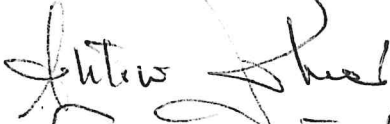
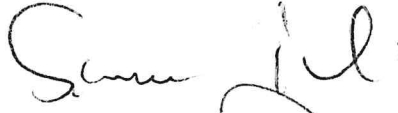
2. Chirurgia Ambulatoriale

La chirurgia ambulatoriale sarà effettuata presso le strutture che aderiscono all'accordo nel rispetto della norma regionale e in merito alla sicurezza delle cure in coerenza con quanto previsto nel DM 70/2015 Appendice 2 a pag 29-31.

CODICE	DESCRIZIONE
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO. Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE
81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO
81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPO CARPALE E CARPO METARCARPALE SENZA IMPIANTO
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE
84.1.1	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE

CODICE	DESCRIZIONE
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE
13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE
13.41	FACOEMLUSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO
38.59	LEGATURA E STRIPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE
38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI Eseguiti con tecnica laser
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLLO/ARTIGLIO
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE (I sed)
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE (Sed succ)
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA

Ancona, 07/07/2022

<u>Firmatari accordo</u>	<u>Rappresentante</u>	<u>Firma (per esteso)</u>	<u>Sigla</u>
A.I.O.P. Marche	Enrico Brizioli		
Labor S.p.a. (CdC Villa Igea e Villa Serena)	LEONARDO Nicola Petrucci		
Sanatrix Gestioni S.r.l. (CdC Villa Pini e Villa Alba)	Enrico Brizioli		
Casa di Cura Dr. Marchetti S.r.l. (CdC Marchetti)	Michele Bacchi (FIRMATO DIGITALMENTE)		895 122
RI.T.A. S.r.l. (CdC Villa Verde)	Antonio Romani		
Casa di Cura Privata Villa Anna S.p.a. (CdC Villa Anna)	Simone Ferraioli		
Casa di Cura Privata San Benedetto S.p.a. (Cdc Stella Maris/Sbt)	Simone Ferraioli		
Casa di Cura Privata Villa San Marco S.r.l. (CdC Villa San Marco)	Antonio Romani		
Dipartimento Salute - Regione Marche	Armando Marco Gozzini		
A.S.U.R.	Pierluigi Gigliucci		

PER PRESA VISIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO B

La DGR. n.709 del 09.06.2014 *“Aggiornamento tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche”*, nelle more della revisione del tariffario nazionale prevista dall'art.1 comma 280 della L. n. 234/2021, viene aggiornata secondo le seguenti disposizioni:

- a. a decorrere dal 01.01.2022, le tariffe dei DRG per acuti non potenzialmente inappropriati, relative alle strutture della Tipologia C, per le quali la DGR n. 709/2014 prevede un abbattimento tariffario del 5% rispetto alle tariffe stabilite con il DM 18.10.2012, nonché quelli per le quali la suddetta DGR prevede tariffe valorizzate a “TUC” 2012, vengono aggiornate con tariffe abbattute del 1% rispetto a quelle stabilite con DM 18.10.2012, così come definito nella “Tabella n.1” del presente allegato; le tariffe e i valori soglia della “Tabella n.1” del presente allegato sostituiscono quelli riportati nella DGR n.709 del 09.06.2014;
- b. a decorrere dal 01.01.2022, la tariffa dei ricoveri di riabilitazione cardiologica (codice 56, MDC 5) relativa alle strutture della Tipologia C, viene aggiornata con una tariffa abbattuta del 1% rispetto a quella stabilita con DM 18.10.2012, così come definito nella “Tabella n.2 del presente allegato”; le tariffe e i valori soglia della “Tabella n.2” del presente allegato sostituiscono quelli riportati nella DGR n.709 del 09.06.2014.

Tabella n.1 - Tariffe ricoveri ospedalieri per acuti

MDC	DRG	Descrizione	Tipo DRG	Classe DRG	Tipo struttura DGR 709/2014	Tariffa (€) Ricoveri ordinari > 1 g ed Entro Soglia [Per singolo episodio di ricovero]	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g (Trasferiti ad altro ist. per acuti o Deceduti)	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g o diurni [DRG C: Per singolo episodio di ricovero; DRG M: Per singola giornata / accesso]	Tariffa (€) Giornate oltre soglia [Per singola giornata]	Valore soglia
1	1	Craniotomia, età > 17 anni con CC	C	Alta complessità	C	14.934,15	3.579,84	3.018,51	310,86	53
1	2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	Alta complessità	C	11.753,28	3.333,33	2.376,00	300,96	34
1	3	Craniotomia, età < 18 anni	C	Alta complessità	C	8.771,40	2.346,30	1.768,14	210,87	40
1	7	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	C	Alta complessità	C	10.551,42	2.359,17	2.559,15	249,48	39
1	9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	M	Non Rilevato	C	3.553,11	516,78	325,71	216,81	24
1	10	Neoplasie del sistema nervoso con CC	M	Non Rilevato	C	4.288,68	440,55	295,02	150,48	33
1	11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	Non Rilevato	C	3.282,84	432,63	295,02	162,36	32
1	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M	Non Rilevato	C	2.821,50	363,33	194,04	129,69	23
1	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	Non Rilevato	C	3.852,09	437,58	236,61	157,41	30
1	15	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	Non Rilevato	C	2.937,33	422,73	231,66	154,44	23
1	16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	M	Non Rilevato	C	4.507,47	472,23	223,74	145,53	24
1	17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	M	Non Rilevato	C	2.523,51	374,22	223,74	149,49	17
1	18	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	M	Non Rilevato	C	3.319,47	400,95	220,77	147,51	24
1	21	Meningite virale	M	Non Rilevato	C	2.602,71	304,92	212,85	141,57	22
1	22	Encefalopatia ipertensiva	M	Non Rilevato	C	2.959,11	570,24	295,02	197,01	14
1	23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M	Non Rilevato	C	2.464,11	425,70	260,37	173,25	27
1	26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.711,71	372,24	228,69	152,46	10
1	27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	M	Non Rilevato	C	4.936,14	617,76	325,71	236,61	28
1	28	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	4.076,82	556,38	281,16	210,87	27
1	29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	3.148,20	473,22	367,29	213,84	18
1	30	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.394,91	471,24	340,56	205,92	4
1	31	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.056,13	551,43	333,63	240,57	17
1	32	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.021,58	487,08	333,63	222,75	10
1	33	Commozione cerebrale, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.211,76	478,17	317,79	211,86	4
1	34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	M	Non Rilevato	C	3.335,31	418,77	231,66	154,44	31
1	35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	Non Rilevato	C	2.056,23	385,11	231,66	161,37	21
2	37	Interventi sull'orbita	C	Non Rilevato	C	4.880,70	1.558,26	1.890,90	251,46	17
2	43	Ifema	M	Non Rilevato	C	1.212,75	302,94	207,90	138,60	10
2	44	Infezioni acute maggiori dell'occhio	M	Non Rilevato	C	1.961,19	270,27	191,07	126,72	20
2	45	Malattie neurologiche dell'occhio	M	Non Rilevato	C	2.461,14	398,97	253,44	169,29	17
2	46	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.657,16	425,70	221,76	176,22	24
2	48	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.621,62	288,09	209,88	139,59	10
3	49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	C	Alta complessità	C	6.552,81	2.399,76	2.447,28	329,67	35
3	50	Sialoadenectomia	C	Non Rilevato	C	3.570,93	1.480,05	1.786,95	344,52	11
3	52	Riparazione di chelioschisi e di palatoschisi	C	Non Rilevato	C	3.585,78	1.010,79	1.207,80	237,60	14
3	53	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	C	Non Rilevato	C	2.770,02	1.659,24	1.988,91	363,33	7
3	54	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	3.069,00	1.630,53	1.962,18	307,89	10
3	56	Rinoplastica	C	Non Rilevato	C	2.547,27	1.438,47	1.708,74	266,31	7
3	57	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	C	Non Rilevato	C	1.870,11	713,79	862,29	195,03	7
3	58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	1.727,55	741,51	914,76	193,05	4
3	63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	Non Rilevato	C	4.334,22	1.765,17	2.112,66	261,36	13
3	64	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	M	Non Rilevato	C	3.451,14	608,85	313,83	172,26	28
3	66	Epistassi	M	Non Rilevato	C	1.559,25	411,84	228,69	152,46	13
3	67	Epiglottite	M	Non Rilevato	C	1.661,22	383,13	247,50	164,34	10
3	68	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	1.915,65	311,85	207,90	138,60	16
3	69	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	1.234,53	307,89	221,76	147,51	10
3	71	Laringotracheite	M	Non Rilevato	C	618,75	223,74	160,38	106,92	10
3	72	Traumatismi e deformità del naso	M	Non Rilevato	C	1.834,47	527,67	329,67	219,78	10
4	75	Interventi maggiori sul torace	C	Alta complessità	C	8.649,63	2.247,30	2.413,62	276,21	28
4	76	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	C	Alta complessità	C	9.553,50	1.711,71	1.665,18	234,63	44
4	77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C	Non Rilevato	C	4.592,61	1.285,02	1.665,18	234,63	31
4	78	Embolia polmonare	M	Non Rilevato	C	3.968,91	400,95	240,57	160,38	31
4	79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	5.686,56	445,50	219,78	146,52	40
4	80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	4.377,78	307,89	197,01	131,67	44
4	81	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	5.710,32	546,48	341,55	227,70	27
4	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	Non Rilevato	C	4.119,39	479,16	280,17	154,44	34
4	83	Traumi maggiori del torace con CC	M	Non Rilevato	C	2.592,81	427,68	265,32	176,22	20
4	84	Traumi maggiori del torace senza CC	M	Non Rilevato	C	1.700,82	397,98	265,32	177,21	10
4	85	Versamento pleurico con CC	M	Non Rilevato	C	4.217,40	471,24	227,70	152,46	30
4	86	Versamento pleurico senza CC	M	Non Rilevato	C	2.838,33	376,20	224,73	149,49	30
4	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	Non Rilevato	C	3.763,98	393,03	216,81	144,54	27
4	89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.522,42	355,41	209,88	139,59	28
4	90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.268,09	279,18	198,00	132,66	24
4	91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.928,52	255,42	166,12	123,75	14
4	92	Malattia polmonare interstiziale con CC	M	Non Rilevato	C	4.436,19	400,95	231,66	154,44	27
4	93	Malattia polmonare interstiziale senza CC	M	Non Rilevato	C	2.969,01	456,39	209,88	139,59	23
4	94	Pneumotorace con CC	M	Non Rilevato	C	3.232,35	420,75	242,55	161,37	27
4	95	Pneumotorace senza CC	M	Non Rilevato	C	1.799,82	339,57	220,77	146,52	17
4	96	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.511,63	293,04	196,02	130,68	18
4	97	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	1.813,68	271,26	195,03	130,68	17
4	98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.522,62	253,44	183,15	121,77	10
4	99	Segni e sintomi respiratori con CC	M	Non Rilevato	C	2.754,18	333,63	203,94	132,66	27
4	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	M	Non Rilevato	C	1.469,16	309,87	203,94	135,63	14
4	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	M	Non Rilevato	C	2.639,34	349,47	216,81	136,62	24
4	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	M	Non Rilevato	C	1.706,76	331,65	216,81	144,54	13
Pre	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	C	Alta complessità	C	61.975,98	0,00	0,00	595,98	91
5	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	Alta complessità	C	24.428,25	9.436,68	13.889,70	414,81	35
5	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	C	Alta complessità	C	20.282,13	7.331,94	8.618,94	371,25	28
5	106	Bypass coronarico con PTCA	C	Alta complessità	C	27.243,81	7.659,63	21.794,85	375,21	39
5	108	Altri interventi cardiotoracici	C	Alta complessità	C	16.254,81	5.173,74	5.318,28	332,64	37
5	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	C	Alta complessità	C	14.065,92	4.552,02	3.526,38	335,61	33
5	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	C	Alta complessità	C	10.395,00	4.355,01	2.920,50	292,05	24
5	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	C	Non Rilevato	C	10.920,69	2.183,94	8.735,76	174,24	57
5	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	C	Non Rilevato	C	5.995,44	1.265,22	1.801,80	172,26	45
5	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	C	Non Rilevato	C	3.511,53	1.266,21	1.546,38	163,35	17
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	Non Rilevato	C	3.199,68	1.690,92	1.986,93	172,26	7
5	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	C	Non Rilevato	C	6.807,24	1.879,02	2.518,56	227,70	37
5	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	M	Non Rilevato	C	4.653,00	591,03	264,33	172,26	21

Tabella n.1 - Tariffe ricoveri ospedalieri per acuti

MDC	DRG	Descrizione	Tipo DRG	Classe DRG	Tipo struttura DGR 709/2014	Tariffa (€) Ricoveri ordinari > 1 g ed Entro Soglia [Per singolo episodio di ricovero]	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g (Trasferiti ad altro ist. per acuti o Deceduti)	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g o diurni [DRG C: Per singolo episodio di ricovero; DRG M: Per singola giornata / accesso]	Tariffa (€) Giornate oltre soglia [Per singola giornata]	Valore soglia
5	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	Non Rilevato	C	3.343,23	581,13	236,61	194,04	17
5	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	M	Non Rilevato	C	3.977,82	579,15	463,32	173,25	23
5	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	M	Non Rilevato	C	3.358,08	857,34	1.130,58	198,00	21
5	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	Non Rilevato	C	2.120,58	854,37	1.130,58	191,07	7
5	126	Endocardite acuta e subacuta	M	Non Rilevato	C	10.467,27	859,32	265,32	177,21	74
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	Non Rilevato	C	3.021,48	411,84	212,85	141,57	21
5	128	Tromboflebite delle vene profonde	M	Non Rilevato	C	2.291,85	336,60	218,79	145,53	21
5	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	M	Non Rilevato	C	3.960,00	497,97	304,92	170,28	32
5	130	Malattie vascolari periferiche con CC	M	Non Rilevato	C	3.274,92	418,77	234,63	156,42	23
5	132	Aterosclerosi con CC	M	Non Rilevato	C	2.418,57	329,67	202,95	135,63	20
5	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.933,37	450,45	236,61	158,40	24
5	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.052,27	429,66	219,78	146,52	17
5	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	3.168,99	553,41	308,88	205,92	10
5	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	M	Non Rilevato	C	2.351,25	399,96	226,71	150,48	17
5	140	Angina pectoris	M	Non Rilevato	C	1.851,30	294,03	191,07	127,71	14
5	141	Sincope e collasso con CC	M	Non Rilevato	C	2.369,07	405,90	239,58	159,39	20
5	143	Dolore toracico	M	Non Rilevato	C	1.385,01	340,56	218,79	145,53	10
5	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	M	Non Rilevato	C	3.870,90	659,34	256,41	171,27	23
5	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	M	Non Rilevato	C	2.076,03	363,33	217,80	145,53	21
6	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	C	Non Rilevato	C	7.501,23	1.869,12	1.854,27	204,93	30
6	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C	Non Rilevato	C	4.334,22	1.523,61	1.854,27	215,82	17
6	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	C	Non Rilevato	C	5.990,49	1.368,18	1.605,78	156,42	33
6	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	C	Non Rilevato	C	4.446,09	1.321,65	1.605,78	202,95	20
6	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	C	Non Rilevato	C	6.500,34	1.541,43	1.869,12	204,93	34
6	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	C	Alta complessità	C	5.102,46	815,76	867,24	128,70	24
6	157	Interventi su ano e stoma con CC	C	Non Rilevato	C	3.769,92	999,90	996,93	190,08	21
6	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	Non Rilevato	C	4.843,08	1.438,47	1.507,77	196,02	27
6	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	Non Rilevato	C	3.535,29	1.227,60	1.267,20	209,88	13
6	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	C	Non Rilevato	C	5.677,65	1.522,62	4.541,13	225,72	21
6	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	C	Non Rilevato	C	3.478,86	1.257,30	2.782,89	225,72	14
6	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C	Non Rilevato	C	3.713,49	1.178,10	1.250,37	201,96	14
6	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	Non Rilevato	C	2.534,40	1.033,56	1.250,37	216,81	8
6	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	C	Non Rilevato	C	8.721,90	1.795,86	1.562,22	188,10	47
6	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	C	Non Rilevato	C	4.453,02	1.265,22	1.562,22	191,07	31
6	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	M	Non Rilevato	C	4.504,50	684,09	299,97	165,33	37
6	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	M	Non Rilevato	C	2.538,36	488,07	271,26	149,49	28
6	174	Emorragia gastrointestinale con CC	M	Non Rilevato	C	3.283,83	607,86	235,62	157,41	21
6	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	M	Non Rilevato	C	2.070,09	398,97	213,84	142,56	17
6	176	Ulcera peptica complicata	M	Non Rilevato	C	3.197,70	573,21	233,64	155,43	20
6	177	Ulcera peptica non complicata con CC	M	Non Rilevato	C	3.116,52	498,96	227,70	151,47	21
6	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	M	Non Rilevato	C	2.246,31	379,17	221,76	148,50	17
6	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	M	Non Rilevato	C	3.203,64	421,74	240,57	160,38	27
6	180	Occlusione gastrointestinale con CC	M	Non Rilevato	C	2.812,59	379,17	225,72	150,48	23
6	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M	Non Rilevato	C	1.714,68	297,00	207,90	138,60	14
6	182	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.440,35	364,32	219,78	146,52	20
3	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	M	Non Rilevato	C	2.030,49	448,47	266,31	178,20	18
3	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.579,05	341,55	238,59	159,39	10
6	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.182,85	498,96	235,62	157,41	24
6	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.617,66	340,56	211,86	140,58	7
7	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	C	Alta complessità	C	13.789,71	3.392,73	2.557,17	349,47	57
7	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	C	Alta complessità	C	9.462,42	2.474,01	2.557,17	312,84	37
7	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	Alta complessità	C	13.373,91	2.633,40	2.424,51	235,62	60
7	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	Non Rilevato	C	8.701,11	1.973,07	2.424,51	222,75	51
7	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	Non Rilevato	C	10.468,26	1.969,11	2.148,30	174,24	40
7	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	Non Rilevato	C	7.926,93	1.752,30	2.148,30	180,18	24
7	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	Non Rilevato	C	8.510,04	1.763,19	6.807,24	183,15	40
7	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	Non Rilevato	C	5.240,07	1.369,17	4.191,66	184,14	24
7	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	C	Non Rilevato	C	6.832,98	1.805,76	2.368,08	193,05	45
7	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	C	Non Rilevato	C	7.459,65	1.640,43	2.274,03	223,74	50
7	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	C	Non Rilevato	C	8.499,15	2.367,09	3.364,02	297,99	51
7	202	Cirrosi e epatite alcolica	M	Non Rilevato	C	3.972,87	654,39	274,23	183,15	27
7	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	Non Rilevato	C	4.044,15	680,13	310,86	171,27	35
7	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	Non Rilevato	C	3.163,05	392,04	214,83	143,55	24
7	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	M	Non Rilevato	C	3.722,40	493,02	233,64	155,43	27
7	207	Malattie delle vie biliari con CC	M	Non Rilevato	C	3.695,67	582,12	229,68	153,45	24
8	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	Non Rilevato	C	6.850,80	1.906,74	5.480,64	169,29	32
8	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	Non Rilevato	C	6.038,01	1.672,11	2.029,50	174,24	30
8	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	5.422,23	1.603,80	1.953,27	233,64	28
8	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	Non Rilevato	C	6.542,91	1.528,56	1.992,87	192,06	63
8	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	Non Rilevato	C	4.922,28	1.803,78	2.303,73	185,13	24
8	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	Non Rilevato	C	7.601,22	2.392,83	3.051,18	237,60	45
8	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	C	Non Rilevato	C	6.619,14	1.990,89	1.868,13	194,04	31
8	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	Non Rilevato	C	4.360,95	1.556,28	1.868,13	206,91	20
8	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	3.253,14	1.079,10	1.285,02	176,22	17
8	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	C	Non Rilevato	C	3.010,59	1.564,20	1.870,11	255,42	4
8	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	Non Rilevato	C	4.347,09	1.316,70	1.574,10	234,63	13
8	225	Interventi sul piede	C	Non Rilevato	C	2.731,41	1.374,12	1.667,16	214,83	7
8	226	Interventi sui tessuti molli con CC	C	Non Rilevato	C	4.716,36	1.347,39	1.741,41	206,91	24
8	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	C	Non Rilevato	C	3.003,66	1.312,74	1.636,47	203,94	13
8	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	C	Non Rilevato	C	7.119,09	2.004,75	2.273,04	167,31	34
8	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	Non Rilevato	C	4.582,71	1.883,97	2.273,04	240,57	13
8	235	Fratture del femore	M	Non Rilevato	C	1.965,15	342,54	187,11	124,74	23

Tabella n.1 - Tariffe ricoveri ospedalieri per acuti

MDC	DRG	Descrizione	Tipo DRG	Classe DRG	Tipo struttura DGR 709/2014	Tariffa (€) Ricoveri ordinari > 1 g ed Entro Soglia [Per singolo episodio di ricovero]	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g (Trasferiti ad altro ist. per acuti o Deceduti)	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g o diurni [DRG C: Per singolo episodio di ricovero; DRG M: Per singola giornata / accesso]	Tariffa (€) Giornate oltre soglia [Per singola giornata]	Valore soglia
8	236	Fratture dell'anca e della pelvi	M	Non Rilevato	C	2.255,22	333,63	199,98	133,65	21
8	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	M	Non Rilevato	C	1.965,15	298,98	186,12	123,75	17
8	238	Osteomielite	M	Non Rilevato	C	5.324,22	511,83	243,54	162,36	44
8	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	M	Non Rilevato	C	3.612,51	432,63	273,24	149,49	30
8	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	M	Non Rilevato	C	4.105,53	764,28	284,13	189,09	30
8	242	Artrite settica	M	Non Rilevato	C	3.834,27	428,67	227,70	152,46	40
8	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	M	Non Rilevato	C	2.537,37	341,55	205,92	137,61	23
8	246	Artropatie non specifiche	M	Non Rilevato	C	2.084,94	298,98	198,00	131,67	20
8	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M	Non Rilevato	C	1.727,55	318,78	211,86	141,57	17
8	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.447,28	364,32	189,09	148,50	16
8	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.404,71	379,17	167,31	150,48	24
8	255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.391,94	297,00	196,02	130,68	7
9	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	C	Non Rilevato	C	3.908,52	1.407,78	1.753,29	248,49	14
9	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C	Non Rilevato	C	3.307,59	1.446,39	1.753,29	269,28	14
9	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	C	Non Rilevato	C	2.689,83	1.101,87	1.348,38	241,56	13
9	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	Non Rilevato	C	2.330,46	1.162,26	1.348,38	286,11	10
9	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C	Non Rilevato	C	3.671,91	1.613,70	1.940,40	268,29	10
9	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	C	Non Rilevato	C	7.035,93	1.316,70	1.253,34	198,99	37
9	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	C	Non Rilevato	C	4.211,46	913,77	1.253,34	198,99	37
9	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	C	Non Rilevato	C	4.088,70	1.639,44	1.715,67	265,32	17
9	267	Interventi perianali e pilonidali	C	Non Rilevato	C	1.571,13	715,77	863,28	185,13	7
9	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	C	Non Rilevato	C	5.819,22	1.191,96	1.088,01	194,04	31
9	271	Ulcere della pelle	M	Non Rilevato	C	4.247,10	488,07	266,31	177,21	30
9	272	Malattie maggiori della pelle con CC	M	Non Rilevato	C	3.188,79	339,57	185,13	122,76	27
9	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	M	Non Rilevato	C	2.163,15	254,43	178,20	118,80	20
9	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	M	Non Rilevato	C	3.943,17	395,01	256,41	140,58	34
9	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	M	Non Rilevato	C	2.190,87	286,11	234,63	128,70	17
9	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.319,47	355,41	219,78	146,52	30
9	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.069,10	297,00	212,85	141,57	21
9	279	Cellulite, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.621,62	268,29	192,06	127,71	10
9	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.762,10	381,15	265,32	160,38	17
10	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	C	Non Rilevato	C	7.621,02	1.553,31	2.296,80	185,13	59
10	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	C	Non Rilevato	C	4.722,30	1.258,29	1.785,96	182,16	34
10	288	Interventi per obesità	C	Non Rilevato	C	5.624,19	2.068,11	2.492,82	223,74	17
10	289	Interventi sulle paratiroidi	C	Non Rilevato	C	2.896,74	1.118,70	1.355,31	241,56	11
10	290	Interventi sulla tiroide	C	Non Rilevato	C	3.306,60	1.359,27	1.641,42	322,74	11
10	291	Interventi sul dotto tiroglossolo	C	Non Rilevato	C	2.547,27	1.109,79	1.334,52	297,99	7
10	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	C	Non Rilevato	C	7.879,41	2.159,19	1.867,14	269,28	27
10	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	C	Non Rilevato	C	5.254,92	1.508,76	1.867,14	241,56	14
10	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.772,00	362,34	201,96	134,64	23
10	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	1.740,42	270,27	189,09	125,73	21
10	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.178,10	234,63	171,27	113,85	7
10	300	Malattie endocrine con CC	M	Non Rilevato	C	3.303,63	416,79	243,54	162,36	20
11	302	Trapianto renale	C	Alta complessità	C	32.830,38	0,00	0,00	575,19	42
11	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	Non Rilevato	C	4.903,47	1.515,89	1.838,43	233,64	20
11	306	Prostatectomia con CC	C	Non Rilevato	C	4.187,70	1.114,74	1.109,79	176,22	18
11	307	Prostatectomia senza CC	C	Non Rilevato	C	3.073,95	910,80	1.109,79	199,98	14
11	308	Interventi minori sulla vescica con CC	C	Non Rilevato	C	4.646,07	1.656,27	2.094,84	177,21	24
11	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	C	Non Rilevato	C	3.363,03	1.735,47	2.094,84	181,17	13
11	310	Interventi per via transuretrale con CC	C	Non Rilevato	C	3.257,10	1.052,37	1.136,52	182,16	17
11	311	Interventi per via transuretrale senza CC	C	Non Rilevato	C	2.326,50	939,51	1.136,52	206,91	10
11	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	C	Non Rilevato	C	4.776,75	1.193,94	1.484,01	199,98	17
11	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	C	Non Rilevato	C	3.028,41	1.250,37	1.518,66	247,50	10
11	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	3.600,63	1.190,97	1.471,14	192,06	17
11	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	C	Non Rilevato	C	6.641,91	2.021,58	2.632,41	196,02	41
11	316	Insufficienza renale	M	Non Rilevato	C	3.696,66	584,10	257,40	172,26	27
11	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	M	Non Rilevato	C	3.965,94	435,60	280,17	141,57	34
11	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	M	Non Rilevato	C	2.136,42	413,82	280,17	154,44	17
11	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.673,99	351,45	213,84	142,56	23
11	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	1.864,17	283,14	198,99	132,66	17
11	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.407,78	284,13	210,87	140,58	11
11	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	1.859,22	353,43	200,97	133,65	17
11	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.293,83	391,05	195,03	121,77	17
11	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.271,16	368,28	197,01	131,67	7
11	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.345,21	484,11	239,58	159,39	27
12	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	C	Non Rilevato	C	7.059,69	1.747,35	5.646,96	257,40	20
12	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	C	Non Rilevato	C	5.937,03	1.602,81	4.749,03	274,23	16
12	336	Prostatectomia transuretrale con CC	C	Non Rilevato	C	3.360,06	900,90	1.097,91	168,30	15
12	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	C	Non Rilevato	C	2.625,48	901,89	1.097,91	216,81	11
12	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C	Non Rilevato	C	2.642,31	1.231,56	1.515,69	246,51	10
12	341	Interventi sul pene	C	Non Rilevato	C	3.706,56	1.731,51	2.091,87	180,18	13
12	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	C	Non Rilevato	C	4.104,54	1.212,75	1.444,41	196,02	17
12	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	M	Non Rilevato	C	3.556,08	461,34	260,37	143,55	35
12	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	M	Non Rilevato	C	1.417,68	338,58	235,62	129,69	10
12	348	Iperplasia prostatica benigna con CC	M	Non Rilevato	C	2.124,54	353,43	209,88	139,59	21
12	350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	M	Non Rilevato	C	1.853,28	360,36	231,66	154,44	13
13	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	Alta complessità	C	6.140,97	1.896,84	1.875,06	250,47	22
13	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	C	Non Rilevato	C	6.654,78	1.372,14	1.440,45	195,03	37
13	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	C	Non Rilevato	C	3.919,41	1.173,15	1.440,45	222,75	15
13	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	C	Non Rilevato	C	2.871,99	1.229,58	1.481,04	241,56	11
13	358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	C	Non Rilevato	C	4.273,83	1.280,07	1.421,64	220,77	15
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	Non Rilevato	C	2.996,73	1.171,17	1.421,64	238,59	11
13	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	C	Non Rilevato	C	2.563,11	1.184,04	1.442,43	211,86	7
13	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	C	Non Rilevato	C	2.529,45	840,51	1.015,74	197,01	10
13	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	C	Non Rilevato	C	2.940,30	1.289,97	1.622,61	246,51	23
13	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M	Non Rilevato	C	4.116,42	471,24	269,28	147,51	37

Tabella n.1 - Tariffe ricoveri ospedalieri per acuti

MDC	DRG	Descrizione	Tipo DRG	Classe DRG	Tipo struttura DGR 709/2014	Tariffa (€) Ricoveri ordinari > 1 g ed Entro Soglia [Per singolo episodio di ricovero]	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g (Trasferiti ad altro ist. per acuti o Deceduti)	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g o diurni [DRG C: Per singolo episodio di ricovero; DRG M: Per singola giornata / accesso]	Tariffa (€) Giornate oltre soglia [Per singola giornata]	Valore soglia
13	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	M	Non Rilevato	C	2.020,59	313,83	216,81	118,80	21
13	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	M	Non Rilevato	C	1.704,78	346,50	232,65	155,43	10
14	370	Parto cesareo con CC	C	Non Rilevato	C	2.754,18	1.009,80	2.202,75	168,30	14
14	371	Parto cesareo senza CC	C	Non Rilevato	C	1.259,28	583,11	219,78	146,52	6
14	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	M	Non Rilevato	C	1.602,81	652,41	219,78	148,50	8
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	Non Rilevato	C	1.259,28	583,11	219,78	146,52	5
14	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	Non Rilevato	C	2.100,78	884,07	630,63	173,25	8
14	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	Non Rilevato	C	2.830,41	1.024,65	2.264,13	188,10	8
14	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	M	Non Rilevato	C	1.251,36	371,25	200,97	133,65	10
14	378	Gravidanza ectopica	M	Non Rilevato	C	1.612,71	595,98	236,61	157,41	10
14	379	Minaccia di aborto	M	Non Rilevato	C	1.362,24	440,55	175,23	116,82	10
14	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	Non Rilevato	C	1.121,67	417,78	206,91	137,61	7
14	382	Falso travaglio	M	Non Rilevato	C	605,88	244,53	134,64	90,09	4
14	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	M	Non Rilevato	C	1.249,38	342,54	188,10	125,73	10
15	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	M	Non Rilevato	C	5.380,65	340,56	413,82	83,16	4
15	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	M	Alta complessità	C	30.430,62	0,00	526,68	350,46	135
15	387	Prematurità con affezioni maggiori	M	Alta complessità	C	14.009,49	0,00	508,86	339,57	51
15	388	Prematurità senza affezioni maggiori	M	Non Rilevato	C	5.380,65	0,00	224,73	149,49	20
15	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	M	Non Rilevato	C	3.879,81	0,00	259,38	173,25	11
15	390	Neonati con altre affezioni significative	M	Non Rilevato	C	1.134,54	0,00	152,46	101,97	5
15	391	Neonato normale	M	Non Rilevato	C	554,40	0,00	185,13	0,00	5
16	392	Splenectomia, età > 17 anni	C	Non Rilevato	C	6.557,76	1.793,88	1.733,49	208,89	22
16	393	Splenectomia, età < 18 anni	C	Non Rilevato	C	4.655,97	1.146,42	3.724,38	153,45	13
16	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	C	Non Rilevato	C	4.137,21	1.148,40	1.571,13	181,17	17
16	397	Disturbi della coagulazione	M	Non Rilevato	C	2.720,52	577,17	268,29	179,19	20
16	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	M	Non Rilevato	C	3.553,11	389,07	215,82	143,55	27
17	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	C	Alta complessità	C	11.601,81	2.131,47	1.518,66	227,70	55
17	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	C	Non Rilevato	C	3.904,56	1.171,17	1.518,66	204,93	24
17	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	Alta complessità	C	7.113,15	1.011,78	332,64	221,76	40
17	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	M	Alta complessità	C	11.031,57	2.285,91	396,99	264,33	86
17	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	C	Alta complessità	C	11.066,22	2.386,89	1.973,07	233,64	43
17	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	C	Non Rilevato	C	5.611,32	1.608,75	1.973,07	243,54	27
17	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	Non Rilevato	C	4.340,16	1.903,77	2.402,73	328,68	13
17	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	M	Non Rilevato	C	4.740,12	549,45	315,81	173,25	41
17	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	M	Non Rilevato	C	2.847,24	318,78	223,74	122,76	32
18	417	Setticemia, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	3.144,24	454,41	290,07	193,05	17
18	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	M	Non Rilevato	C	3.472,92	394,02	218,79	145,53	23
18	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.682,90	394,02	225,72	150,48	20
18	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.065,14	314,82	216,81	144,54	21
18	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	M	Non Rilevato	C	2.162,16	336,60	218,79	145,53	14
18	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.643,40	284,13	206,91	137,61	10
18	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	M	Non Rilevato	C	4.113,45	540,54	263,34	175,23	24
19	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	C	Non Rilevato	C	4.913,37	1.534,50	2.008,71	149,49	39
19	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	M	Non Rilevato	C	1.652,31	275,22	160,38	111,87	21
19	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	M	Non Rilevato	C	2.244,33	189,09	160,38	71,28	41
19	430	Psicosi	M	Non Rilevato	C	1.922,58	173,25	160,38	70,29	44
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M	Non Rilevato	C	1.106,82	315,81	160,38	147,51	21
19	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	M	Non Rilevato	C	1.394,91	286,11	160,38	102,96	21
20	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	M	Non Rilevato	C	657,36	239,58	168,30	111,87	4
21	439	Trapianti di pelle per traumatismo	C	Non Rilevato	C	4.676,76	1.752,30	2.152,26	210,87	17
21	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	C	Non Rilevato	C	4.340,16	1.344,42	1.710,72	214,83	28
21	441	Interventi sulla mano per traumatismo	C	Non Rilevato	C	3.087,81	1.341,45	1.595,88	248,49	10
21	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	C	Alta complessità	C	9.845,55	2.194,83	1.442,43	228,69	51
21	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	C	Non Rilevato	C	3.457,08	1.185,03	1.442,43	214,83	13
21	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.848,23	370,26	230,67	153,45	21
21	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	2.104,74	373,23	230,67	171,27	10
21	446	Traumatismi, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.258,29	364,32	253,44	169,29	4
21	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	M	Non Rilevato	C	1.389,96	327,69	215,82	144,54	10
21	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	941,49	237,60	175,23	116,82	7
21	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	2.386,89	370,26	227,70	151,47	21
21	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	M	Non Rilevato	C	1.259,28	295,02	200,97	133,65	10
21	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	M	Non Rilevato	C	1.045,44	326,70	211,86	141,57	4
21	452	Complicazioni di trattamenti con CC	M	Non Rilevato	C	3.250,17	558,36	252,45	168,30	27
21	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	M	Non Rilevato	C	1.715,67	373,23	211,86	141,57	18
21	454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	M	Non Rilevato	C	2.567,07	408,87	279,18	162,36	18
21	455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	M	Non Rilevato	C	1.686,96	399,96	279,18	186,12	10
23	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	Non Rilevato	C	4.874,76	2.046,33	2.511,63	223,74	21
23	462	Riabilitazione	M	Non Rilevato	C	1.923,57	409,86	218,79	145,53	37
23	463	Segni e sintomi con CC	M	Non Rilevato	C	2.841,30	316,80	206,91	121,77	31
23	464	Segni e sintomi senza CC	M	Non Rilevato	C	1.730,52	313,83	206,91	137,61	23
NA	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	C	Non Rilevato	C	10.056,42	2.705,67	3.433,32	224,73	39
NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	NA	Non Rilevato	C	452,43	102,96	102,96	82,17	10
NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	NA	Non Rilevato	C	452,43	60,39	60,39	48,51	41
8	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	C	Alta complessità	C	13.111,56	6.768,63	6.513,21	247,50	30
17	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	M	Alta complessità	C	15.921,18	3.421,44	456,39	303,93	81
NA	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	C	Non Rilevato	C	7.295,31	1.883,97	2.471,04	262,35	20
NA	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	C	Non Rilevato	C	5.120,28	1.517,67	1.911,69	224,73	32
5	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	C	Non Rilevato	C	4.694,58	1.832,49	2.235,42	232,65	21
Pre	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	C	Alta complessità	C	62.021,52	0,00	0,00	657,36	61
Pre	481	Trapianto di midollo osseo	C	Alta complessità	C	59.207,94	5.649,93	4.619,34	400,95	46
Pre	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	C	Non Rilevato	C	11.772,09	2.198,79	4.916,88	185,13	61
24	484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	C	Alta complessità	C	21.983,94	5.840,01	5.256,90	418,77	73
24	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	C	Alta complessità	C	19.355,49	5.077,71	5.581,62	275,22	42
24	486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	C	Alta complessità	C	19.096,11	4.395,60	4.663,89	307,89	50
24	487	Altri traumatismi multipli rilevanti	M	Non Rilevato	C	5.503,41	670,23	426,69	233,64	37
25	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	C	Alta complessità	C	27.134,91	4.103,55	3.180,87	300,96	112
25	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	M	Non Rilevato	C	8.104,14	600,93	279,18	153,45	58
17	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	M	Non Rilevato	C	6.510,24	975,15	349,47	192,06	51
7	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	Non Rilevato	C	5.343,03	1.481,04	1.443,42	194,04	30
7	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	Non Rilevato	C	2.805,66	1.197,90	1.443,42	208,89	10
Pre	495	Trapianto di polmone	C	Alta complessità	C	71.846,28	0,00	0,00	317,79	78

Tabella n.1 - Tariffe ricoveri ospedalieri per acuti

MDC	DRG	Descrizione	Tipo DRG	Classe DRG	Tipo struttura DGR 709/2014	Tariffa (€) Ricoveri ordinari > 1 g ed Entro Soglia [Per singolo episodio di ricovero]	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g (Trasferiti ad altro ist. per acuti o Deceduti)	Tariffa (€) Ricoveri ordinari 0/1 g o diurni [DRG C: Per singolo episodio di ricovero; DRG M: Per singola giornata / accesso]	Tariffa (€) Giornate oltre soglia [Per singola giornata]	Valore soglia
8	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	Alta complessità	C	19.525,77	8.100,18	15.620,22	260,37	45
8	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	C	Alta complessità	C	14.918,31	6.534,00	11.934,45	301,95	35
8	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	Alta complessità	C	12.252,24	6.407,28	9.801,99	284,13	24
8	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	C	Non Rilevato	C	6.283,53	1.645,38	1.757,25	238,59	27
8	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	Non Rilevato	C	3.635,28	1.442,43	1.757,25	292,05	14
8	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	C	Non Rilevato	C	9.499,05	2.087,91	7.598,25	245,52	92
8	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	C	Non Rilevato	C	5.131,17	1.316,70	4.104,54	185,13	51
22	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	C	Alta complessità	C	48.535,74	0,00	0,00	359,37	108
22	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	M	Alta complessità	C	10.726,65	1.431,54	1.715,67	381,15	71
22	506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	Alta complessità	C	16.329,06	1.756,26	13.063,05	215,82	87
22	507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	C	Alta complessità	C	8.336,79	1.515,69	1.473,12	324,72	65
22	508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	M	Alta complessità	C	5.766,75	461,34	921,69	159,39	67
22	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	M	Alta complessità	C	3.400,65	429,66	288,09	192,06	32
22	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	M	Non Rilevato	C	4.185,72	526,68	669,24	159,39	53
22	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	M	Non Rilevato	C	2.287,89	353,43	215,82	144,54	24
Pre	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	C	Alta complessità	C	67.050,72	0,00	0,00	465,30	68
Pre	513	Trapianto di pancreas	C	Alta complessità	C	60.836,49	0,00	0,00	267,30	53
5	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	C	Alta complessità	C	16.407,27	9.845,55	9.848,52	219,78	31
5	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	Non Rilevato	C	3.922,38	2.141,37	2.560,14	165,33	7
8	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	C	Alta complessità	C	12.625,47	3.762,00	10.099,98	295,02	46
8	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	C	Alta complessità	C	7.836,84	3.057,12	3.151,17	342,54	17
20	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	M	Non Rilevato	C	2.700,72	300,96	195,03	129,69	27
20	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	M	Non Rilevato	C	2.853,18	214,83	171,27	113,85	45
20	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	M	Non Rilevato	C	1.421,64	240,57	175,23	116,82	24
1	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	Non Rilevato	C	2.517,57	378,18	234,63	156,42	17
5	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	C	Alta complessità	C	52.739,28	19.843,56	22.411,62	424,71	47
1	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	C	Alta complessità	C	25.553,88	5.402,43	5.165,82	419,76	48
1	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	C	Alta complessità	C	12.762,09	2.324,52	2.579,94	234,63	75
1	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	C	Alta complessità	C	7.737,84	2.028,51	1.564,20	214,83	33
1	531	Interventi sul midollo spinale con CC	C	Alta complessità	C	14.492,61	4.345,11	2.754,18	276,21	47
1	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	C	Alta complessità	C	8.328,87	2.648,25	2.754,18	326,70	24
1	533	Interventi vascolari extracranici con CC	C	Non Rilevato	C	4.757,94	1.550,34	1.716,66	291,06	20
1	534	Interventi vascolari extracranici senza CC	C	Non Rilevato	C	4.077,81	1.429,56	1.716,66	307,89	11
5	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	C	Alta complessità	C	23.857,02	10.649,43	13.597,65	196,02	41
5	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	C	Alta complessità	C	21.417,66	10.253,43	12.207,69	213,84	33
8	537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	C	Non Rilevato	C	5.561,82	1.733,49	1.740,42	214,83	28
17	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	C	Alta complessità	C	13.138,29	3.076,92	2.347,29	297,00	50
17	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	C	Non Rilevato	C	4.818,33	1.619,64	1.988,91	255,42	24
Pre	541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo	C	Alta complessità	C	51.399,81	8.183,34	7.729,92	352,44	117
Pre	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	C	Alta complessità	C	34.200,54	3.001,68	5.143,05	290,07	104
1	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	C	Alta complessità	C	16.609,23	2.869,02	3.358,08	308,88	51
8	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	C	Alta complessità	C	19.349,55	9.297,09	15.479,64	276,21	31
5	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Alta complessità	C	21.903,75	5.444,01	5.895,45	368,28	39
5	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Alta complessità	C	18.920,88	5.081,67	5.092,56	362,34	29
5	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Alta complessità	C	17.972,46	4.694,58	4.520,34	404,91	28
5	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Alta complessità	C	14.527,26	4.041,18	3.654,09	372,24	20
5	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	C	Alta complessità	C	9.290,16	3.569,94	3.616,47	198,99	31
5	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	4.708,44	2.070,09	2.482,92	164,34	14
5	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	8.948,61	2.577,96	3.410,55	275,22	49
5	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	7.072,56	2.126,52	2.712,60	224,73	31
5	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	6.144,93	2.041,38	2.448,27	198,99	17
5	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	4.699,53	2.454,21	2.940,30	172,26	10
5	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	8.046,72	4.057,02	4.851,99	189,09	14
5	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	Non Rilevato	C	6.369,66	4.059,99	4.867,83	172,26	7
1	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	M	Non Rilevato	C	6.012,27	601,92	344,52	198,99	19
1	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	M	Non Rilevato	C	7.986,33	646,47	303,93	202,95	43
1	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	M	Non Rilevato	C	5.997,42	511,83	251,46	167,31	37
1	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	M	Non Rilevato	C	3.256,11	450,45	243,54	162,36	20
4	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	M	Alta complessità	C	15.439,05	1.223,64	726,66	280,17	50
4	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	M	Non Rilevato	C	6.696,36	630,63	294,03	196,02	46
6	567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	C	Non Rilevato	C	13.574,88	2.515,59	10.859,31	211,86	47
6	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	C	Non Rilevato	C	12.293,82	2.240,37	9.834,66	204,93	48
6	571	Malattie maggiori dell'esofago	M	Non Rilevato	C	3.358,08	587,07	245,52	163,35	24
6	572	Malattie gastroenteriche maggiori e infezioni peritoneali	M	Non Rilevato	C	3.449,16	454,41	237,60	158,40	20
16	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	M	Non Rilevato	C	3.700,62	650,43	248,49	165,33	27
18	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M	Alta complessità	C	21.135,51	1.612,71	1.032,57	273,24	65
18	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M	Non Rilevato	C	5.438,07	553,41	244,53	163,35	37
1	577	Inserzione di stent carotideo	C	Non Rilevato	C	5.737,05	2.624,49	3.140,28	304,92	4
18	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	C	Alta complessità	C	18.130,86	2.785,86	3.397,68	247,50	82
18	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	C	Non Rilevato	C	9.071,37	1.539,45	2.157,21	178,20	44

Tabella n.2 - Tariffe ricoveri ospedalieri per post-acute: Riabilitazione cardiologica

Reparto	MDC	Tipo struttura DGR 709/2014	DRG	Tariffa (€) Ricoveri ordinari, durata di degenza entro valore soglia	Tariffa (€) Ricoveri ordinari, durata di degenza oltre valore soglia	Tariffa (€) Ricoveri diurni entro valore soglia	Tariffa (€) Ricoveri diurni oltre valore soglia	Valore soglia
Codice 56	05 - APP. CARDIOCIRCOLATORIO	C (Tutti gli Erogatori Privati Accreditati)	Tutti i DRG	248,49	149,09	198,79	119,28	30