

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI  
DI ASSISTENZA OSPEDALIERA  
REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2006**

***Premessa***

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

L'aggiornamento della TUC 2006 ha previsto l'individuazione delle tariffe per i 32 nuovi DRG che si generano con l'adozione della 19° versione e la revisione tariffaria di 6 DRG "modificati".

Per i DRG 6 tunnel carpale e 39 cataratta, si è definita un'unica tariffa per regime ordinario e day hospital abbattuta del 27.5% rispetto alla TUC 2004.

Successivamente si è applicato un incremento sistematico rispetto al 2004 a tutti i DRG relativo all'inflazione programmata del 2005 pari a 1,6%

La TUC 2006 si basa su 506 DRG raggruppati secondo 4 classi di DRG:

*Alta complessità (72 raggruppamenti finali –DRG )*

L'analisi per l'identificazione di tali DRG ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992. Il lavoro, per la TUC 2004, ha tenuto anche conto di quanto già attribuito alla categoria "alta specialità" dalla Tariffa Unica Convenzionale 2003. Dai 60 DRG della TUC 2005 si è passati con l'aggiornamento a 72 DRG .

*Allegato 2C DPCM 29/11/2001 (43 raggruppamenti finali –DRG )*

Rappresenta un elenco di DRG che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, ossia "ad alto rischio di inappropriata" se erogati in regime di degenza ordinaria.

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

*Eventi sentinella (56 raggruppamenti finali –DRG)*

Rappresentano 56 DRG di tipo medico per i quali potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistico.

*Restanti DRG (335 raggruppamenti finali –DRG)*

La TUC non viene applicata all'attività dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù. Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali.

Per l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova è previsto un aumento del 15% su tutte le tariffe TUC ad eccezione dei DRG appartenenti all'alta complessità per i quali l'incremento è del 5%.

### ***Aziende miste***

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere:

Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali. Alle Aziende miste viene riconosciuto un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica o sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa, gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario.

### ***Protesi***

Per il riconoscimento economico di alcune protesi è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG.

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i seguenti codici

**Protesi cocleare** (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 21.474,28

**Stimolatore cerebrale** (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva € 16.010,16

**Ombrello atriale settale** (codice intervento 35.52) associato al DRG 108; tariffa aggiuntiva € 5000,00

**Protesi d'anca** (codice intervento 81.53 oppure 81.55) associato al DRG 209; tariffa aggiuntiva € 1300,00

### ***ATTIVITA' DI PRELIEVO E DI TRAPIANTO DI ORGANI***

Le attività di trapianto investono anche una precedente fase di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo che non viene valorizzata attraverso i DRGs e quindi non rientra tra le attività oggetto di compensazione.

La presente regolamentazione ha lo scopo di incentivare le attività di trapianto e riguarda solo gli aspetti legati alla mobilità sanitaria interregionale, nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha chiaramente potestà diversa ed autonoma.

La casistica che è stata presa in esame riguarda esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas, intestino da donatore cadavere e non comprende prelievi da donatore vivente.

#### Osservazione, prelievo e trasporto

Qualora queste fasi siano effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse da quella sede di trapianto e di osservazione prelievo e trasporto, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di Euro 2.522,00 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”. La tariffa del trasporto è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 318,00.

Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di Euro 2.840,00. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito.

Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione e quindi con un importo di Euro 2.522,00.

In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di Euro 2.840,00.

L'addebito deve essere effettuato aggiungendo l'importo convenzionale di Euro 2.840,00 o di Euro 2.522,00 all'importo del DRG nel campo “importo degenza” del tracciato record relativo ai seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495
- Trapianto multiviscerale se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 associati ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
- Trapianto di intestino isolato DRG 148 o 149 con diagnosi secondaria V42.8 e se coesistono i codici intervento 45.63 e 46.99 e 45.8

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e devono

essere addebitate dalla Regione erogatrice alla Regione di residenza del paziente, in quanto soggette alla compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione dei trapianti per quei casi in cui è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG è riportata nel tariffario allegato

## **TRAPIANTO DI CORNEA**

Il DRG 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)

Tariffa specifica € 2481,93

## **TRAPIANTO MULTIVISCERALE**

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 associati ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83

Tariffa specifica € 240.583,72

## **TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO**

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 e in diagnosi secondaria V42.8 associati ai DRG 148 o 149

Tariffa specifica € 166.860,73

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono incrementate secondo le regole su indicate .

## ***ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO***

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente. La presente regolamentazione riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

### Ricerca del donatore

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

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

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

### ***Trapianto autologo***

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09 ; la tariffa è di Euro 36.576,00. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

### ***Trapianto allogenico***

Nel DRG 481 il trapianto “allogenico” viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 84.328,00.

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

DRG 467: diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo.

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero.

Nei casi in cui la regione sede del prelievo sia diversa dalla regione sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.287,00

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

## **Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG Versione 19**

### **•RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PER ACUTI O DECEDUTI)**

Per i DRG non chirurgici, esclusi i DRG 124, 125, 323, e per i chirurgici di alta complessità la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa specifica per DRG riportata nella colonna (b) (modalità di dimissione 1 e 6). Per i restanti casi tale tariffa non dovrà essere duplicata.

### **•RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA**

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica colonna (a) ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia (colonna d) e la tariffa “pro die” della colonna (e).

### **•RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL**

La tariffa prevista per il day hospital colonna (c), è da intendersi per accesso qualora il DRG sia di tipo non chirurgico. Fanno eccezione a tal regola i DRG medici 124, 125, 323 e i DRG di tipo chirurgico per i quali la tariffa è DRG specifica.

### **•TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA**

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.

Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61° giorno è abbattuta del 40%.

Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative di riabilitazione (codice 75,28,56) o di lungodegenza (codice 60) e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

### **PSICHIATRIA**

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

**ALTA SPECIALITA' NON INDIVIDUATA DAI DRG**

Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; per questi casi la tariffa è da individuare in Euro 2.481,93 alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 11.988,80 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali.

Roma, 15 dicembre