



Newsletter Aris

n° 724 – 01.4.2026

Nuova bozza del DM del Minsal sulle tariffe massime di riferimento per riabilitazione ospedaliera e di lungo-degenza erogate in post acuzie

Trasmettiamo in allegato la nuova bozza dello schema di Decreto del Ministro della Salute relativo alle tariffe massime di riferimento per la remunerazione della riabilitazione ospedaliera e di lungo degenza erogate post acuzie, esaminato dal Coordinamento tecnico della Conferenza delle Regioni, in vista del parere calendarizzato per domani mercoledì 2 aprile.

Rispetto alla bozza precedentemente trasmessa, l'unica modifica di rilievo riguarda il comma 2 dell'articolo 1, dove è soppressa la specifica per la quale le tariffe del Decreto “*costituiscono il riferimento massimo per tutte le regioni e le province autonome*”.

Da quanto si apprende, le Regioni hanno chiesto variazioni al Decreto in due punti:

- Mantenimento nella disponibilità delle Regioni delle risorse destinate al progressivo aumento dei DRG stanziati per il 2025, pari a € 77 milioni, dalla Legge di Bilancio 2025 (art. 1, co. 300): il Ministero della Salute ha ritenuto accoglibile la proposta, rinviando tuttavia alle determinazioni del MEF in merito.
- Soppressione del richiamo alle Province Autonome e ai tariffari provinciali, prevista dall'art. 3, comma 1: la proposta è ritenuta accoglibile, ma non rilevante in quanto è già prevista una diversa applicazione dall'articolo 4 del Decreto.

Rimane invece invariata la quantificazione delle risorse, stimata in € 349.6 milioni, pari ad un incremento medio del 14,7% rispetto al valore totale della categoria, e così definita:

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

In allegato trasmettiamo il DRG Riabilitazione

Trasmesso al Senato il Testo bollinato del Ddl Delega per la revisione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera

E' stato trasmesso al Senato per l'esame in prima lettura, il testo bollinato del Ddl Delega per la revisione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera ([S. 1825](#)), risultato del Tavolo di lavoro per l'aggiornamento dei DM 70/77, costituito a giugno 2023 dal Ministero della Salute, approvato lo scorso 12 gennaio dal Consiglio dei Ministri.

Rispetto alla bozza precedentemente inviata, segnaliamo le principali modifiche apportate:

- La previsione che possano essere individuati come ospedali di terzo livello anche le strutture private profit (art. 2, comma 1, lettera b, numero 1);
- L'inserimento, tra i criteri per l'individuazione degli ospedali di terzo livello, della positiva valutazione in merito agli esiti (art. 2, comma 1, lettera b, numero 1, numero 1.3);
- La sostituzione del riferimento alla "promozione della domiciliarità nell'accesso al farmaco" con "la presa in carico multidimensionale e la garanzia di continuità assistenziale" (art. 2, comma 1, lettera g) nell'ambito della revisione del modello organizzativo per l'assistenza territoriale;
- La soppressione del comma relativo all'interoperabilità dei sistemi informativi (già art. 2, comma 1, lettera n));

- La specifica che il riordino della disciplina dei MMG e dei PLS debba avvenire nel rispetto dell'equilibrio finanziario regionale e nazionale, incluse le risorse aggiuntive stanziato per il reclutamento straordinario dalla Legge di Bilancio 2022 (art. 2, comma 1, lettera n));
- La previsione che solo determinati principi di delega possano determinare nuovi o maggiori oneri, e che possano essere emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie (art. 3, comma 2).

L'iter parlamentare inizierà ufficialmente con l'assegnazione alla Commissione (con ogni probabilità sarà assegnato alla Commissione Affari Sociali) per l'esame in sede referente. Sul provvedimento sarà verosimilmente aperto un ciclo di audizioni, propedeutico alla fase emendativa e poi seguirà il consueto iter parlamentare: trattandosi di un Ddl, non vi sono tempistiche d'esame definite per l'approvazione.

Una volta approvato, il Governo avrà tempo fino al 31 dicembre 2026 per emanare i decreti attuativi e ulteriori 18 mesi per eventuali disposizioni integrative e correttive agli stessi.

Cordiali saluti

Ufficio Comunicazione





Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

Ufficio III - Coordinamento delle attività della segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2025/ 114/CSR

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto

ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato

rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore Commissione salute

sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Vicario Commissione salute

commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia

Vice-Coordinatore Commissione salute

welfare@pec.regione.lombardia.it

e, p.c.

Al Ministero della salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

Oggetto: Parere, ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie.

Si trasmette la nota 9873 del 26 marzo 2026, acquisita al prot. DAR n.5880 (allegato1), con la quale il Capo di gabinetto del Ministero della salute ha trasmesso il decreto indicato in oggetto, riformulato a seguito delle ultime osservazioni regionali di cui alla nota prot. DAR n. 5503, unitamente ai relativi allegati.

Atteso che il punto è iscritto all'odg della Conferenza Stato - regioni del 2 aprile 2026, si chiede al Ministero dell'economia e delle finanze di confermare il proprio concerto sull'ultima versione del provvedimento.

Per il Coordinatore dell'Ufficio



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI,
DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio 4 – Analisi della spesa, modelli di allocazione e sistemi di remunerazione
Viale Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma

Al Dott. Marco Mattei
Capo dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero
della salute
SEDE

e p.c.

Al Prof. Francesco Saverio Mennini
Capo del Dipartimento della
programmazione, dei dispositivi medici, del
farmaco, e delle politiche in favore del
Servizio Sanitario Nazionale
SEDE

OGGETTO: Schema di decreto ministeriale concernente le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie.

Con riferimento alle richieste formulate dal Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, e trasmesse a questo Ministero dal Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri con nota n. 114 del 20 marzo 2026, in merito allo schema di decreto richiamato in oggetto, si rappresenta quanto segue.

Le risorse previste per l'anno 2025 per garantire la progressiva attuazione dell'aggiornamento tariffario dall'articolo 1, comma 300, della Legge 30 dicembre 2024, n. 207, possono essere mantenute nelle disponibilità delle regioni e delle province autonome, fatte salve le vigenti norme in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria. Sul punto, tuttavia, si rinvia anche alle determinazioni del Ministero dell'economia e delle finanze.

Si ritiene accoglibile la richiesta di eliminare il richiamo alle province autonome e ai tariffari provinciali presente all'articolo 3, comma 1, secondo periodo, dello schema di decreto ministeriale in oggetto, atteso che in ogni caso la materia resta comunque disciplinata dalla normativa vigente e dalla relativa giurisprudenza. In ogni caso si ritiene non rilevante l'osservazione atteso quanto riportato nell'articolo 4 dello stesso schema di decreto proposto.

Si trasmette, pertanto, in allegato, per il seguito di competenza, il testo dello schema di decreto revisionato, unitamente alla documentazione tecnica che accompagna il provvedimento sulla quale non sono intervenute variazioni.

Cordiali saluti.

f.to IL DIRETTORE GENERALE

Walter Bergamaschi



Referente:

Salvatore Maiorino – 06.59942483
email: s.maiorino@sanita.it



Ministero della Salute

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

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

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

SOMMARIO

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

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO

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

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

fissate dal decreto ministeriale 18 ottobre 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I livelli di complessità definiti sono i seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. IL SISTEMA DI TARIFFAZIONE VIGENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. STUDI DISPONIBILI RELATIVI ALL'ANALISI DI COSTO

5.1 STUDIO PILOTA DELL'EMILIA-ROMAGNA

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

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

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

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

I risultati finali attesi e relativi indicatori sono i seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il processo di analisi ha previsto tre fasi preliminari:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tali risultanze sono sintetizzate nella tabella seguente:

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

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

5.2 STUDIO AGENAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 CONSIDERAZIONI SUGLI STUDI DISPONIBILI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Percentuale di giornate di degenza in codice 56

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

Percentuale di giornate di degenza in codice 28

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

Percentuale di giornate di degenza in codice 75

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ministero della Salute

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

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

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

Sommario

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

Il quadro giuridico di riferimento

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario;
- b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
- c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

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

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

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

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

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

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

| | Ricoveri Ordinari | | | Day Hospital | | | Totale | | |
|-----------------------|-------------------|------------------|--------------|---------------|----------------|--------------|----------------|------------------|--------------|
| | Ricoveri | Giornate | In soglia | Ricoveri | Giornate | In soglia | Ricoveri | Giornate | In soglia |
| Riabilitazione | 290.567 | 7.656.466 | 90,6% | 25.589 | 430.591 | 97,4% | 316.156 | 8.087.057 | 90,9% |
| Unità cod. 28 | 2.842 | 198.819 | 55,9% | 496 | 7.195 | 97,8% | 3.338 | 206.014 | 57,4% |
| Unità cod. 56 | 277.105 | 6.812.330 | 94,6% | 20.891 | 378.132 | 97,3% | 297.996 | 7.190.462 | 94,7% |
| Unità cod. 75 | 10.620 | 645.317 | 59,0% | 4.202 | 45.264 | 97,3% | 14.822 | 690.581 | 61,5% |
| Lungodegenza | 73.646 | 1.895.025 | 95,1% | 0 | 0 | 0,0% | 73.646 | 1.895.025 | 95,1% |
| Unità cod. 60 | 73.646 | 1.895.025 | 95,1% | 0 | 0 | 0,0% | 73.646 | 1.895.025 | 95,1% |
| TOTALI | 364.213 | 9.551.491 | 91,5% | 25.589 | 430.591 | 97,4% | 389.802 | 9.982.082 | 91,7% |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vincoli di riferimento per il calcolo di impatto delle nuove tariffe

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

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

Ricoveri ordinari:

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

Ricoveri diurni:

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

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

Ricoveri per lungodegenza *post-acuzie*

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

Metodologia per la valutazione degli impatti delle nuove tariffe

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

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

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

Ricoveri ordinari:

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

Ricoveri diurni:

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

Ricoveri per lungodegenza post-acuzie

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

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

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

Analisi delle stime d’impatto delle nuove tariffe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{Dimessi Privati 2024} \times \text{Coeff. SV/SMC} = \text{Casi SV/SMC} \times \text{Degenza Media} = \text{Giornate tot}$$

$$41.856 \times X \times 0,005 = 209 \times X \times 240 \text{ gg} = 50.160$$

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

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

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

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

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

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

| | Casi | Giorni di Degenza |
|--------------------|-------|-------------------|
| Mielolesi (cod 28) | 2.789 | 196.144 |

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

Impatto regionale sulle strutture pubbliche

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

Impatto regionale sulle strutture private accreditate

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

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

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

Impatto regionale totale strutture

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

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



Ministero della Salute

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

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

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

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

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

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

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

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

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



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

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

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

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

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

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

- al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che *“il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”*;
- al comma 17, per come aggiornato dall'articolo 1, comma 322, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, detta precise disposizioni per la definizione delle tariffe regionali nei termini seguenti: *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. Qualora le regioni si avvalgano della deroga di cui al secondo periodo, le medesime regioni sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti la programmazione annuale previsionale, nella quale è data evidenza dell'impatto derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale. Per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Le regioni che si sono avvalse della deroga di cui al secondo periodo sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti, anche nell'ambito dell'esame dell'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, la rendicontazione annuale che dia evidenza dell'impatto derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo. Nel caso in cui, nell'ambito delle singole annualità, siano state applicate tariffe maggiorate rispetto al valore massimo nazionale e non si verifichi l'equilibrio di bilancio del servizio sanitario regionale, le regioni, nell'esercizio finanziario successivo, pongono in essere i necessari interventi di recupero. Alle medesime regioni è preclusa la facoltà di avvalersi della deroga di cui al secondo periodo nell'esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tengono conto di tali circostanze”*;

VISTO il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 18 dicembre 2008 recante *“Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 56 del 9 marzo 2009;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SENTITA la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del (Rep. Atti n.../CSR);

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

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

Art. 2

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

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

Art. 3

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

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

Art. 4

(Disposizioni transitorie e finali)

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

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

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE



Ministero della Salute

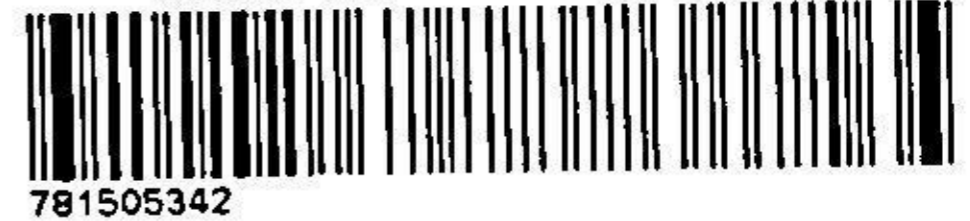
IL CAPO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0009873-P-26/03/2026

I.5.a.a/3



781505342

Al Segretario della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
Cons. Paola D'Avena

e, p.c.

Al Segretario generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Avv. Alessia Grillo

Al Capo di Gabinetto del Ministro dell'economia e delle finanze
Avv. Stefano Varone

Al Capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute
Prof. Francesco Saverio Mennini

Al Direttore della Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria
Dott. Walter Bergamaschi

OGGETTO: Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie, ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Facendo seguito alla nota prot. n. 7455 del 6 marzo 2026, si trasmette la documentazione riguardante il decreto in oggetto revisionato a seguito del recepimento delle richieste del Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle regioni, trasmesse con nota del Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri prot. n. 5503 del 20 marzo u.s.

IL CAPO DI GABINETTO

dott. Marco Mattei