

RILEVAZIONE DEI TASSI DI INTERESSE EFFETTIVI GLOBALI MEDI  
AI FINI DELLA LEGGE SULL'USURA

*Nota metodologica*

La legge 7 marzo 1996, n. 108, volta a contrastare il fenomeno dell'usura, prevede che siano resi noti con cadenza trimestrale i tassi effettivi globali medi, comprensivi di commissioni, spese e remunerazioni a qualsiasi titolo connesse col finanziamento, praticati dalle banche e dagli intermediari finanziari.

Il decreto annuale di classificazione delle operazioni emanato dal Ministero dell'economia e delle finanze ripartisce le operazioni in categorie omogenee e attribuisce alla Banca d'Italia il compito di rilevare i tassi.

La rilevazione dei dati per ciascuna categoria riguarda le medie aritmetiche dei tassi praticati sulle operazioni censite nel trimestre di riferimento. Essa è condotta per classi di importo; non sono incluse nella rilevazione alcune fattispecie di operazioni condotte a tassi che non riflettono le condizioni del mercato (ad es. operazioni a tassi agevolati in virtù di provvedimenti legislativi).

Per le seguenti operazioni: «credito personale», «credito finalizzato», «leasing: immobiliare a tasso fisso e a tasso variabile, aeronavale e su autoveicoli, strumentale», «mutui con garanzia ipotecaria: a tasso fisso e a tasso variabile», «altri finanziamenti», «prestiti contro cessione del quinto dello stipendio e della pensione» e «finanziamenti con utilizzo di carte di credito» i tassi rilevati si riferiscono ai rapporti di finanziamento accessi nel trimestre; per esse è adottato un indicatore del costo del credito analogo al TAEG definito dalla normativa comunitaria sul credito al consumo. Per le seguenti operazioni: «aperture di credito in conto corrente», «scoperti senza affidamento», «credito revolving», «finanziamenti per anticipi su crediti e documenti e sconto di portafoglio commerciale, finanziamenti all'importazione e anticipo fornitori» e «factoring» - i cui tassi sono continuamente sottoposti a revisione - vengono rilevati i tassi praticati per tutte le operazioni in essere nel trimestre, computati sulla base dell'effettivo utilizzo.

La rilevazione interessa l'intero sistema bancario e il complesso degli intermediari finanziari di cui all'art. 106 del testo unico bancario. Nel novero dei soggetti segnalanti sono stati compresi, inoltre, gli operatori di microcredito ossia i soggetti iscritti nell'elenco previsto dall'art. 111 del testo unico bancario.

La Banca d'Italia procede ad aggregazioni tra dati omogenei al fine di agevolare la consultazione e l'utilizzo della rilevazione. Le categorie di finanziamento sono definite considerando l'omogeneità delle operazioni evidenziate dalle forme tecniche adottate e dal livello dei tassi di mercato rilevati.

La tabella - che è stata definita sentita la Banca d'Italia - è composta da ventiquattro tassi che fanno riferimento alle predette categorie di operazioni.

Le classi di importo riportate nella tabella sono aggregate sulla base della distribuzione delle operazioni tra le diverse classi presenti nella rilevazione statistica; lo scostamento dei tassi aggregati rispetto al dato segnalato per ciascuna classe di importo è contenuto. A decorrere dal decreto trimestrale del marzo 2017, la metodologia di calcolo del TEG applica le modifiche introdotte con le nuove «Istruzioni per la rilevazione dei tassi effettivi globali medi ai sensi della legge sull'usura» emanate dalla Banca d'Italia nel luglio 2016. (1)

Il mancato rientro delle aperture di credito scadute o revocate ricade nella categoria «scoperti senza affidamento».

A partire dal decreto trimestrale del settembre 2017, viene unificata la classe di importo della sottocategoria del «credito revolving».

Con riferimento ai prestiti contro cessione del quinto dello stipendio e della pensione di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 180/1950, le modalità di assolvimento dell'obbligo della garanzia assicurativa di cui all'art. 54 del medesimo decreto, secondo quanto previsto dal regolamento ISVAP n. 29 del 16 marzo 2009, non modificano la classificazione di tali operazioni stabilita dal decreto ministeriale emanato ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge n. 108/1996. La disposizione del citato art. 54 del decreto del Presidente della Repubblica

(1) Le nuove istruzioni sono pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 9 agosto 2016 n. 185 e sul sito della Banca d'Italia (<https://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/normativa/archivio-norme/contrasto-usura/cusu-istr-tassi>).

n. 180/1950, nello stabilire che gli istituti autorizzati a concedere prestiti contro cessione del quinto «non possono assumere in proprio i rischi di morte o di impiego dei cedenti» è unicamente volta ad escludere che i soggetti finanziatori possano rilasciare garanzie assicurative, attività riservata alle imprese assicurative autorizzate.

Sono state modificate le modalità con cui vengono computati nel TEG gli oneri, inclusa la Commissione di istruttoria veloce, per i quali le nuove Istruzioni hanno reso obbligatorio il calcolo su base annua (moltiplicando per 4 l'onere trimestrale).

Data la metodologia della segnalazione, i tassi d'interesse bancari riportati nella tabella differiscono da quelli rilevati dalla Banca d'Italia nell'ambito delle statistiche dei tassi armonizzati e di quelle della Centrale dei rischi, orientate ai fini dell'analisi economica e dell'esame della congiuntura. Queste rilevazioni si riferiscono a campioni, tra loro diversi, di banche; i tassi armonizzati non sono comprensivi degli oneri accessori e sono ponderati con l'importo delle operazioni; i tassi della Centrale dei rischi si riferiscono alle operazioni di finanziamento di importo pari o superiore a 30 mila euro.

Secondo quanto previsto dalla legge, i tassi medi rilevati vengono corretti in relazione alle variazioni apportate al valore medio del tasso applicato alle operazioni di rifinanziamento principali dell'Eurosistema, determinato dal Consiglio direttivo della Banca centrale europea, nel trimestre di rilevazione nonché nel trimestre successivo a quello di riferimento.

Come prescrive la legge, il limite oltre il quale gli interessi sono da considerarsi usurari si ottiene aumentando i tassi medi di un quarto e aggiungendo un margine di ulteriori quattro punti percentuali. La differenza tra il limite e il tasso medio non può essere superiore a otto punti percentuali.

*Rilevazione sugli interessi di mora*

I tassi effettivi globali medi di cui all'art. 1, comma 1, del presente decreto non sono comprensivi degli interessi di mora contrattualmente previsti per i casi di ritardato pagamento.

I dati di cui al comma 5, dell'art. 3 - forniti a fini conoscitivi - si basano sulle risposte fornite dai partecipanti all'ultima rilevazione statistica condotta dalla Banca d'Italia, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, la cui elaborazione è stata ultimata nel corso del 2017.

La rilevazione, di natura campionaria, ha interessato le primarie banche e i principali intermediari finanziari operativi sul mercato, selezionati tra quelli soggetti alla segnalazione trimestrale dei TEGM, in base a un criterio di rappresentatività riferito al numero dei contratti segnalati per categoria di operazioni. I valori riportati nel presente decreto si riferiscono a circa due milioni di rapporti. Presso il campione sono state rilevate, in relazione ai contratti accessi nel secondo trimestre 2015, le condizioni pattuite per l'eventuale ritardo nel pagamento, espresse come differenza media in punti percentuali tra il tasso di mora su base annua e il tasso di interesse annuo corrispettivo.

26A03259

**MINISTERO DELLA SALUTE**

DECRETO 12 maggio 2026.

**Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie.**

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

Visto l'art. 8-*sexies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 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'Agenda 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'art. 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, tenendo 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 9 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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 2 aprile 2026 (rep. atti n. 47/CSR);

Decreta:

Art. 1.

*Finalità e ambito di applicazione*

1. In applicazione dell'art. 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e in coerenza con quanto previsto dall'art. 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 Servi-

zio 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'art. 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'art. 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'art. 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 de-ospedalizzazione.

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.

Roma, 12 maggio 2026

*Il Ministro della salute:* SCHILLACI

*Il Ministro dell'economia e delle finanze:* GIORGETTI

Registrato alla Corte dei conti il 6 giugno 2026

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, reg. n. 605



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

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO

La determinazione delle tariffe massime nazionali, ai sensi dell'art. 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'art. 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 Supplemento ordinario n. 43 del 31 dicembre 2024, che all'art. 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'art. 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri LEA 2017 consentendo l'utilizzo del relativo finanziamento previsto.

Il presente provvedimento è adottato in conformità a quanto previsto dall'art. 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'art. 8-*sexies*, commi 5 e 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

In particolare, il citato art. 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 dodici 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'appropriatezza 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'art. 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(1) rappresentativi di situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa, tali da aggravare il percorso diagnostico, clinico-terapeutico e assistenziale e dei valori in ingresso indicati nel protocollo sperimentale per le scale di funzionalità premorbosa *Rankin Scale*, di disabilità *Barthel Index* (BI), *Barthel Index Dyspnea* (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 neuro-riabilitazione (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 sensorimotorie, 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

(1) International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification



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 art. 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'art. 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 (sei strutture private accreditate e otto pubbliche per la disciplina con codice 56, una struttura pubblica e una privata accreditata per la disciplina con codice 75 e 2 strutture pubbliche per la disciplina con codice 28):

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

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

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

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



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

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

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

	CODICE 56		CODICE 75		CODICE 28	
	pubblici (8)	privati (6)	pubblici (1)	privati (1)	pubblici (2)	privati (0)
Costi medi per giornata di degenza						
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	<b>390,1€</b>	<b>293€</b>	<b>456,2€</b>		<b>465,2€</b>	

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 euro) e private (293 euro); 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 euro 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 otto 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 trenta 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:

#### Fase 1. Attribuzione univoca delle valorizzazioni dei dati di consumi

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 *proxy* 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 *micro-costing*, è risultato utile identificare, per ciascuna variabile, un unico valore economico da attribuire a entrambe le tipologie di strutture.

#### Fase 2. Procedura di controllo qualità del dato

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.



**Fase 3. Classificazione dei livelli di complessità della disciplina con codice 56**

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 *range*) 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.

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

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 tre strutture (tutte IRCCS) di cui due del Lazio, tutte private accreditate, e una 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%
<b>Totale Complessivo</b>	<b>689</b>	<b>45</b>	<b>7%</b>	<b>23.371</b>	<b>335</b>	<b>1%</b>	<b>2.456</b>	<b>324</b>	<b>13%</b>

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.

È 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.

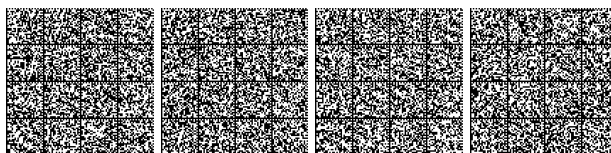


In particolare, per la disciplina con il codice 56, come si evince nella tabella sottostante, le strutture pubbliche e private di sette Regioni (in ordine Lombardia, Piemonte, Lazio, Veneto, Campania, Sicilia ed Emilia-Romagna) erogano circa l'80% del totale nazionale delle giornate di degenza:

<b>cod</b>	<b>Regione</b>	<b>casi</b>	<b>gg_degenza</b>	<b>%ggDeg</b>	<b>% cumulativa</b>
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 Sette 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:

<b>cod</b>	<b>Regione</b>	<b>casi</b>	<b>gg_degenza</b>	<b>%ggDeg</b>	<b>% cumulativa</b>
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 sette 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

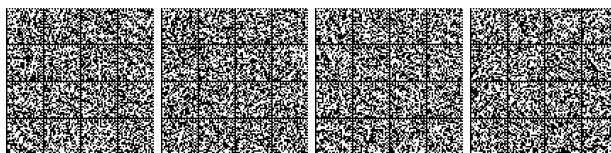
cod	Regione	casi	gg degenza	%ggDeg	% cumulativa
030	Lombardia	72.056	1.785.141	26%	
120	Lazio	30.955	890.391	13%	39%
050	Veneto	24.209	511.859	8%	47%
190	Sicilia	16.059	375.198	6%	53%
080	Emilia-Romagna	15.189	336.619	5%	58%
totale	Italia	273.874	6.755.179		

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 quarantaquattro aziende pubbliche e sessantadue strutture private accreditate per la Regione Lombardia (elenco fornito da ARIS), quindici aziende pubbliche tra cui un IRCCS per la Regione Emilia-Romagna e undici 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 Abbiategrosso, Cuggiono, G.Salvini-Garbagnate Mil.se, G.Casati-Passirana, Rho, Delmati - Sant'angelo Lodigiano, Rossi - Casalpusterlengo, Civico - Codogno, Galmarini - Tradate, Macchi, Gardone v.t., Civili Brescia, Mortara, Broni e Stradella, Manzoni, Lecco, Merate, Bellano, Busto Arsizio, Saronno, Treviglio e Caravaggio, Romano di Lombardia, pres. riabil. multifunz. Bozzolo, osp.civile Destra, Secchia-Pieve Coriano, Poma - Mantova
<u>Regione Emilia Romagna</u>	Ausl Piacenza, Ausl Parma, Ausl Reggio Emilia, Ausl Bologna, Ausl Ferrara, Ausl Romagna, Ausl Modena - Sassuolo, Ausl Imola - Montecatone, Aou Parma, Aou Modena, Aou Bologna, Aou Ferrara, IOR, Ausl Modena, Ausl Imola
<u>Regione Veneto</u>	AULSS 1, AULSS 2, AULSS 3, AULSS 4, AULSS 5, AULSS 6, AULSS 7, AULSS 8, AULSS 9, AOUIVR, ORAS

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

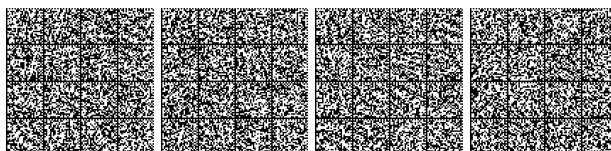
Elenco Strutture ARIS Considerate	
Azienda	desc. Azienda
030217	ANCELLE DELLA CARITÀ CREMONA
030936	AUXOLOGICO
030144	CASA DI CURA " BEATO PALAZZOLO "
030175	CASA DI CURA " S. CAMILLO" BRESCIA
030294	CASA DI CURA "DOMUS SALUTIS" BRESCIA
030125	CASA DI CURA AMBROSIANA
030356	CASA DI CURA HABILITA SPA
030379	CASA DI CURA HABILITA SPA - HABILITA ISTITUTO CLINICO OSPEDALE DI SARNICO
030033	CASA DI CURA LECCO - BEATO LUIGI TALAMONI
030106	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA
030397	CASA DI CURA PRIVATA LE TERRAZZE
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO
030146	CASA DI CURA S. FRANCESCO
030259	CASA DI CURA SAN CLEMENTE MANTOVA
030015	CASA DI CURA SANTA MARIA - CASTELLANZA
030109	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE
030197	CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.P.A.
690104	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA
030368	CENTRO DI RIABILITAZIONE E. SPALENZA - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS
030360	CENTRO ECCELLENZA ALZHEIMER GAZZANIGA



Elenco Strutture ARIS Considerate	
Azienda	desc. Azienda
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	ISTITUTO 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.
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 indi-



cazioni 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
<b>MDC 1</b>	<b>330,0 €</b>
<b>MDC 4</b>	<b>263,0 €</b>
<b>MDC 5</b>	<b>286,0 €</b>
<b>MDC 8</b>	<b>262,0 €</b>
<b>Altri MDC*</b>	<b>230,0 €</b>

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
<b>MDC 1</b>	<b>264,0 €</b>
<b>MDC 4</b>	<b>210,4 €</b>
<b>MDC 5</b>	<b>228,8 €</b>
<b>MDC 8</b>	<b>209,6 €</b>
<b>Altri MDC*</b>	<b>184,0 €</b>

\* 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 ventiquattro 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.

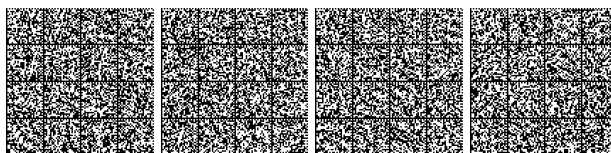
Il valore ottenuto dalla descritta analisi statistica è risultato essere pari a 584 euro.

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).

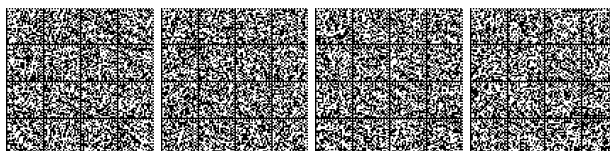
La tariffa massima giornaliera oltre il valore soglia stabilito nell'allegato 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012 è abbattuta del 40%.

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.



**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 EMOPOIETICI 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 <b>ricovero diurno</b> oltre il <b>valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, stabilito dalla normativa regionale</b> , 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.

26A03234

## MINISTERO DELLE IMPRESE E DEL MADE IN ITALY

DECRETO 8 giugno 2026.

**Liquidazione coatta amministrativa della «Dima Service società cooperativa», in Milano e nomina del commissario liquidatore.**

### IL MINISTRO DELLE IMPRESE E DEL MADE IN ITALY

Visto l'art. 2545-*terdecies* del codice civile;

Visto il titolo VII, Parte Prima, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14, recante «Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza in attuazione della legge 19 ottobre 2017, n. 155»;

Visto l'art. 390 del medesimo decreto legislativo;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 174, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale n. 281 del 1° dicembre 2023, con il quale è stato adottato il «Regolamento di organizzazione del Ministero delle imprese e del made in Italy»;

Visto il decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 dicembre 2022, n. 204, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei ministeri»;

Visto il d.d. del 17 giugno 2021 n. 58/SAA/2021, con il quale la società cooperativa «Dima Service società cooperativa», con sede in Milano (MI) (codice fiscale 05772100961), è stata posta in scioglimento per atto dell'autorità con la contestuale nomina a commissario liquidatore della dott.ssa Serenella Di Donato;

Considerato che dalla relazione informativa del commissario liquidatore, pervenuta in data 16 maggio 2023, a seguito di verifiche effettuate e dalle informazioni assunte è stato rilevato un passivo societario ammontante a circa euro 2.568.576,89 (costituito da debiti verso l'erario, verso istituti di previdenza, enti locali e istituti di credito), a fronte del quale non è stato rinvenuto alcuno attivo societario;

Preso atto della richiesta di trasformazione della procedura di scioglimento nella procedura di liquidazione coatta amministrativa, avanzata dal commissario al termine della suddetta relazione;

Considerato che in data 1° febbraio 2024 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

