

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: DM 12 maggio 2026 - Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche – Modifica ed integrazione della DGR n. 709/2014

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore *Assistenza ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca* dell'Agenzia Regionale Sanitaria, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Direttore *ad interim* dell'Agenzia Regionale Sanitaria del Direttore del Dipartimento Salute e la dichiarazione degli stessi che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore *ad interim* dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

- di approvare la modifica ed integrazione della DGR n. 709/2014, limitatamente alle pagine 52 e 53 dell'Allegato A sostituite con l'Allegato 1 alla presente deliberazione "Aggiornamento tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche";
- di stabilire che le tariffe aggiornate, di cui al punto precedente, sono applicate a partire dal 01/07/2026;
- che l'aggiornamento tariffario approvato con il presente provvedimento trova applicazione nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e non comporta modifiche ai livelli di spesa, ai tetti di spesa né ai budget definiti dalla programmazione regionale e dagli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati accreditati, che restano disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502** e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 241”;
- **D. L. 6 luglio 2012, n. 95** “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- **Decreto Ministero della Salute 18 ottobre 2012**, “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”, pubblicato in G.U. n. 23 del 28/01/2013;
- **DGR n. 709/2014** “Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche”;
- **Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70** “Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera pubblicato in GU n.127 del 4/6/2015;
- **DGR n. 908/2015**, “D.M. 70/2015. Applicazione Accordi regionali per la riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multispecialistiche (DGR n. 559/2015) e delle Case di cura private accreditate monospecialistiche (DGR n. 1292/2014);
- **DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’art. 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- **Decreto Ministero della Salute 5 agosto 2021**, “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera” pubblicato in G.U. n. 34 del 10/02/2022;
- **Legge 30 dicembre 2021, n. 234** “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024” pubblicato in G.U. n. 310 del 31/12/2021;
- **Decreto Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 25 novembre 2024** “Definizione delle tariffe relative all’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, pubblicato in G.U. n. 302 del 27/12/2024;
- **DGR n. 1939/2024** “Approvazione del Nomenclatore Regionale delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e Protesica ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 (GU n. 65 del 18 marzo 2017) - Definizione e Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza-, in vigore dal 30 dicembre 2024 per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche”;
- **Legge 30 dicembre 2024**, n. 207 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027” pubblicata in G.U. n.305 del 31/12/2024 - Suppl. Ordinario n. 43;
- **Decreto Ministero della Salute 12 maggio 2026**, “Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie”, pubblicato in G.U. n. 149 del 30/06/2026.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Motivazione

La Regione Marche, con DGR n.709/2014, ha provveduto ad aggiornare le tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati a seguito dell'entrata in vigore del DM 18 ottobre 2012 che ha provveduto a determinare, in attuazione dell'art. 15 del 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, definite per giornata di degenza e per singola macrocategoria diagnostica (MDC), 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.

Con DM 70/2015 sono stati definiti i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, efficienza, centralità del paziente ed umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona e definite le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane e di complessità clinico assistenziale. In particolare per ciò che attiene le strutture private che operano per conto del Servizio Sanitario Nazionale, il richiamato DM ne definisce le soglie di accreditabilità (DGR n. 908/2015).

Il DPCM LEA 2017 ha introdotto i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, recentemente aggiornati con DM 25 novembre 2024 e approvati dalla regione Marche con DGR 1939/2024.

Con DM 5 agosto 2021 sono stati definiti per la disciplina "recupero e riabilitazione funzionale" (codice 56) tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero, in base alla diversa gravità del quadro clinico, 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).

Il succitato DM ha inoltre previsto un periodo di sperimentazione in merito alla adozione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) riabilitativa e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali, mantenendo in vigore, fino alla fine della sperimentazione che non è a tutt'oggi conclusa, 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).

In attuazione di quanto stabilito dall' art. 1, comma 280, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di bilancio 2022), relativamente all'aggiornamento da parte del Ministero della Salute delle tariffe massime di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, si è provveduto con l'art. 1, comma 300, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 ad autorizzare 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.

Con DM 12 maggio 2026, sono state definite 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, ed affidate a un successivo provvedimento ministeriale iso-risorse la revisione della



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

valorizzazione tariffaria presente, in applicazione dei contenuti del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, all'esito della richiamata sperimentazione.

Inoltre restano pertanto ferme le disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14 e seguenti, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché le ulteriori disposizioni statali e regionali vigenti in materia di programmazione sanitaria, equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale e definizione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Ciò premesso, si precisa che l'aggiornamento tariffario disposto con il presente provvedimento non comporta automaticamente incrementi dei volumi di attività acquistabili né dei limiti massimi di spesa definiti dalla programmazione regionale, dagli accordi contrattuali e dagli atti di budget annualmente approvati.

In analogia a quanto riportato con DM 18 ottobre 2012, le **tariffe nazionali massime** di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale sono state definite per giornata di degenza e per singola macrocategoria diagnostica (MDC):

a) ricoveri ordinari con durata di degenza entro il valore soglia:

MDC 1 = 330,0 €

MDC 4 = 263,0 €

MDC 5 = 286,0 €

MDC 8 = 262,0 €

Altre MDC = 230,0 €

b) ricoveri ordinari con durata di degenza oltre il valore soglia specifico per MDC: abbattimento tariffario del 40%

c) ricoveri diurni: tariffa massima per accesso pari all'80% della tariffa della giornata di ricovero ordinario (entro il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC):

MDC 1 = 264,0 €

MDC 4 = 210,4 €

MDC 5 = 228,8 €

MDC 8 = 209,6 €

Altre MDC = 184,0 €

d) ricoveri diurni (oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC): abbattimento del 40% della tariffa massima per accesso

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", in continuità con il momento acuto della malattia o 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 determinata in 500,00 € e 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.), in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti) o in discontinuità con il momento acuto per



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, è determinata in 545,00 € e non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

Per quanto concerne la lungodegenza post acuzie, la tariffa massima giornaliera per il ricovero ordinario è pari a 190,00 € entro il valore soglia e pari a 114,00 € oltre il valore soglia di 60 giorni. La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza è pari a euro 320,00 € e non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

Pertanto, l'adeguamento tariffario disposto con il presente provvedimento costituisce attuazione della disciplina nazionale in materia di remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie e non comporta, di per sé, il riconoscimento di risorse aggiuntive agli erogatori né modifica il quadro programmatico e finanziario regionale vigente. Conseguentemente, salvo diverse disposizioni normative in materia, l'applicazione delle nuove tariffe dovrà avvenire nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale e nell'ambito delle risorse programmate e disponibili a legislazione vigente, senza determinare maggiori oneri a carico del bilancio regionale rispetto a quelli autorizzati dagli strumenti di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Per quanto sopra esposto, si propone alla Giunta di deliberare come segue:

- 1) le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche, riportate a pag. 52 e pag. 53 dell'Allegato A alla DGR 709/2014, vengono aggiornate secondo quanto riportato nell'Allegato 1 alla presente deliberazione;
- 2) l'aggiornamento delle tariffe, di cui al punto precedente, ha validità dal 01/07/2026 (giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana);
- 3) l'aggiornamento tariffario approvato con il presente provvedimento trova applicazione nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e non comporta modifiche ai livelli di spesa, ai tetti di spesa né ai budget definiti dalla programmazione regionale e dagli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati accreditati, che restano disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il responsabile del procedimento

Giovanni Lagalla

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

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

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il Direttore ad interim

Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

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

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il Direttore

Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il Direttore ad interim

Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



**Aggiornamento tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie
per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche**

TARiffe PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA E LUNGODEGENZA POST ACUZIE	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 DELL'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-CUTANEO 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 della giornata di ricovero ordinario oltre il valore soglia specifico per MDC, stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.			
La tariffa per accesso in ricovero diurno è pari all'80% della tariffa della giornata di ricovero ordinario			
La tariffa per la remunerazione dell'accesso in ricovero diurno oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, stabilito dalla normativa regionale , è abbattuta del 40%.			
La tariffa 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 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 giornaliera oltre il valore soglia stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.			
La tariffa 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			