



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

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

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2018/54

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0008264 P-4.37.2.10
del 26/06/2018



20187425

Al Ministero della salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Ufficio legislativo

leg@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto

ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello
Stato - Coordinamento delle attività
dell'Ufficio del Ragioniere generale dello
Stato

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

e, p.c. Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Commissione salute

assessore.sanita@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore Vicario Commissione salute

sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province

autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

LORO SEDI



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

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

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria triennio 2014 -2016, aggiornato all'anno 2017- Regole tecniche", di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, con nota del 22 giugno 2018 ha inviato la documentazione indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento del predetto accordo, in sede di Conferenza Stato-Regioni.

La suddetta documentazione sarà resa disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice: 4.10/2018/54.

Il Direttore dell'Ufficio
Cons. Adriana Piccoló

AG



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/81/CR7b/C7

ACCORDO INTERREGIONALE PER LA COMPENSAZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA

**Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016
Aggiornato al 2017**

Roma, 21 giugno 2018

| | | |
|--|------|-----|
| Premessa | pag. | 3 |
| Invio dei record di attività | pag. | 5 |
| Contestazioni sui record di attività | pag. | 10 |
| Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero | pag. | 13 |
| Risposta alle contestazioni (controdeduzioni) | pag. | 18 |
| Composizioni bilaterali e collegio arbitrale | pag. | 21 |
| Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record | pag. | 23 |
| Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A) | pag. | 29 |
| Tracciato record | pag. | 32 |
| Medicina generale (flusso B) | pag. | 35 |
| Tracciato record | pag. | 37 |
| Specialistica ambulatoriale (flusso C) | pag. | 38 |
| Tracciato record | pag. | 42 |
| Farmaceutica (flusso D) | pag. | 45 |
| Tracciato record | pag. | 48 |
| Cure termali (flusso E) | pag. | 50 |
| Tracciato record | pag. | 52 |
| Somministrazione diretta di farmaci (flusso F) | pag. | 54 |
| Tracciato record | pag. | 66 |
| Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G) | pag. | 69 |
| Tracciato record | pag. | 71 |
| Accordo Interregionale Plasmaderivazione | pag. | 73 |
| Cessione di emocomponenti | pag. | 76 |
| Tariffa per lo scambio di mobilità interregionale prestazioni di assistenza ospedaliera | pag. | 104 |
| Tariffe versione anno 2014 -2015 -2016 -2017 | pag. | 124 |

PREMESSA

Con il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione Salute hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le citate note ministeriali.

Le Regioni e Province Autonome assumono ora il presente documento come Accordo per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

Questo documento, al fine di porre in essere una procedura uniforme, definisce in maniera univoca le prestazioni da porre in compensazione e che dovranno essere documentate tramite modelli riassuntivi e i dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate.

Prestazioni in compensazione:

- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso C)
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)

Vengono inoltre individuate le caratteristiche dei flussi informativi (tracciati record), stabiliti i tempi e le modalità di trasmissione dei dati, delle contestazioni e delle relative risposte.

Per gli anni 2014 e 2015 i tempi di invio sono i seguenti:

| | |
|--|------------------------------------|
| entro 15 gg. dall'approv. dell'accordo in Conf. delle Regioni e P.A | Invio dei dati di attività |
| entro 60 gg. dalla ricezione dati attività | Invio delle contestazioni |
| entro 60 gg dalla ricezione contestazioni | Invio delle controdeduzioni |

Per l'anno 2016 e 2017 i tempi di invio sono i seguenti:

| | |
|------------------------------|------------------------------------|
| entro il 15 maggio | Invio dei dati di attività |
| entro il 30 giugno | Invio delle contestazioni |
| entro il 15 settembre | Invio delle controdeduzioni |

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutte le attività che necessitano di autorizzazioni preventive (ad esempio i residui manicomiali, gli Hanseniani, i disabili cronici, le dispensazioni di assistenza integrativa, ecc.) devono essere addebitate tramite fatturazione diretta. Per i disabili cronici la fatturazione diretta varrà dal 2018 (esiti Commissione

Salute del 2 agosto 2017) .

Per evitare l'insorgere di contestazioni è auspicabile che per tutte le attività non ricomprese in compensazione nella mobilità (esempio ricoveri extraospedalieri, assistenza domiciliare non compresa nel flusso B), venga inviata una comunicazione alla USL di residenza del soggetto.

Regioni e Province Autonome verranno di seguito denominate "regioni" o "regione".

Per eventuali errori formali successivamente riscontrati il gruppo tecnico dei referenti potrà apportare all'unanimità le adeguate correzioni.

INVIO DEI RECORD DI ATTIVITA'

Per gli anni 2014-2015 l'invio dei dati analitici delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni avviene entro 15 giorni dall'approvazione del presente Accordo in Conferenza delle Regioni e P.A.:

Per l'anno 2016 l'invio dei dati deve avvenire entro il 15 maggio 2017.

Per l'anno 2017 l'invio dei dati deve avvenire entro il 15 maggio 2018.

Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione inviata tramite PEC. Per una più rapida ricezione dei dati è auspicabile che l'indirizzo contenga anche il nominativo dei singoli referenti regionali.

I dati analitici delle prestazioni di ogni singola attività devono essere documentati in archivi informatici secondo i tracciati record specifici per ogni flusso.

Al fine di favorire un corretto monitoraggio della spesa ed in uno spirito di collaborazione tra le regioni, in via facoltativa, potrà avvenire trimestralmente l'invio di una tabella riassuntiva, per ogni singolo settore oggetto di compensazione, in cui la regione creditrice comunica alla regione debitrice il numero e l'importo delle prestazioni effettuate, suddivise per quanto possibile per Azienda Sanitaria di residenza degli utenti.

Alle note di trasmissione ogni regione deve inoltre allegare il prospetto denominato "Modello H" riassuntivo per ogni settore. Nel caso in cui:

- la trasmissione dei record venga effettuata oltre i termini previsti;
- le note di addebito non siano accompagnate dai record analitici delle prestazioni;
- le prestazioni siano documentate su record con tracciati diversi da quelli previsti;
- vengano inviati tracciati contenenti prestazioni diverse o ad integrazione di quelle stabilite;

i relativi addebiti non sono accettabili. In questi casi la regione che riceve l'addebito dovrà comunque comunicare la non accettazione degli importi in addebito entro 15 giorni dalla data di ricezione.

In caso di discrepanza fra il totale dell'addebito risultante dai record e l'importo richiesto nel prospetto "Modello H", la regione debitrice deve comunicare la discrepanza dell'addebito, la regione creditrice deve procedere al rinvio del "Modello H" entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità degli addebiti.

Per ottemperare alle indicazioni della legge 675/96 il gruppo interregionale dei referenti, sentito il parere dell'Autorità Garante, determina che le informazioni delle singole prestazioni erogate dovranno essere suddivise in due file separati: nel primo saranno contenute le informazioni di carattere anagrafico (dati anagrafici) e nel secondo le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati prestazioni sanitarie). Il collegamento tra i record contenuti nei due archivi sarà garantito dalla presenza di una chiave univoca ad entrambi i record. La suddivisione degli archivi non si applica per il Flusso B ed il Flusso G in quanto non contengono dati sensibili.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni delle prestazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record. Ciò vale per tutti i flussi oggetto della compensazione. Per gli archivi che presentano un numero progressivo ricetta/prescrizione i record con le informazioni anagrafiche devono essere ripetute tante volte quanti sono i record nell'archivio delle prestazioni del gruppo ricetta/prescrizione.

Nel caso in cui:

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile leggere il contenuto dei documenti perché corrotti o mal formattati;
- non vi sia rispetto delle specifiche indicate nei rispettivi tracciati per quanto riguarda i seguenti

aspetti:

- Campi non allineati correttamente
- Righe di lunghezza non prevista
- Formattazione dei campi non secondo le specifiche indicate
- Codici regione non previsti (per es. codice regione=040)
- Valori non previsti dal campo 'Note' indicato per le singole variabili (per es. se la variabile ha valori 1,2,3 il valore 4 non verrà accettato)

la regione debitrice deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli addebiti per la quale farà fede la data di recapito così come registrata sulla ricevuta.

La regione creditrice deve procedere al rinvio dei dati entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità degli addebiti; record aggiuntivi non sono accettabili. La regione debitrice ha due mesi di tempo per avviare le contestazioni a partire dalla data della comunicazione trasmessa mezzo PEC del nuovo invio. La Regione creditrice è invece tenuta comunque al rispetto della scadenza per l'invio delle controdeduzioni, pena la loro invalidità. La procedura è applicabile una sola volta, la persistenza dell'errore annulla gli addebiti.

Nella compilazione del "Modello H":

- per i flussi C,D,E,F la colonna Prestazioni deve essere la somma del contenuto del campo quantità delle righe diverse da 99, per il flusso B il numero mesi, per il flusso A e G il numero record coincide con le prestazioni;
- per i flussi C,D,E,F la colonna importo deve essere la somma del contenuto del campo importo totale delle righe 99.
- per il flusso F, la colonna importo deve avere una approssimazione per arrotondamento a 2 cifre decimali anche se la lunghezza dei decimali è pari a 5.

I file contenenti i record di attività dovranno essere denominati: RRR0AAMX.rrr.

Dove:

RRR Regione ricevente

0 Invio annuale dati attività

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie

rrr Regione inviante

Gli importi in Euro delle singole prestazioni vengono valorizzati secondo i tariffari in vigore nelle regioni creditrici ad eccezione dei record delle attività di ricovero che dovranno essere valorizzati secondo le regole ed i criteri riportati in questo accordo, e della specialistica ambulatoriale – a partire dal 2015. Copia dei provvedimenti tariffari in vigore per l'anno di riferimento e per i singoli flussi dovranno essere inviati alle Regioni debtrici.

A partire dalle attività dell'anno 2001 gli importi dovranno essere valorizzati in Euro con due caratteri decimali obbligatori separati dalla virgola (per gli importi del flusso F, 5 caratteri decimali dopo la virgola).

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, farmaceutica e somministrazione diretta di farmaci l'importo addebitato è da intendersi sempre al netto degli eventuali sconti previsti dalla normativa vigente.

A partire dalla compensazione della mobilità sanitaria per le attività dell'anno 2013 le regioni utilizzeranno per lo scambio dei dati, il sistema di condivisione e di gestione basato su progetto reso disponibile dalla Regione Veneto in qualità di Coordinamento della Commissione Salute.

Ogni regione ha accesso, mediante profilazione di utenze dedicate, alla corrispondente area di lavoro 'workspace' dalla quale è possibile accedere alle cartelle della propria regione accoppiata ad ogni altra; l'area di lavoro è accessibile dalla dashboard appena effettuato il login o, in alternativa dal menu workspaces.

Annualmente le Regioni prima della scadenza dell'invio dei record di attività, comunicano al coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, l'aggiornamento della casella di Posta

Elettronica Certificata individuata per la rice-trasmissione delle comunicazioni dell'avvenuto deposito dei file e dei documenti.

Inoltre, annualmente le Regioni prima della scadenza dell'invio dei record di attività, comunicano alla Regione di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, il nominativo (uno per Regione) per la creazione delle utenze da abilitare / disabilitare per l'accesso all'area di lavoro "workspace" dalla quale è possibile accedere alle cartelle della propria regione.

I dati depositati nelle caselle definite nell'area di lavoro "workspace" dovranno essere resi disponibili da ogni regione per almeno 15 giorni dalla data di invio tramite PEC dell'avvenuto deposito: alla scadenza del termine fissato è a discrezione di ogni singola regione provvedere all'eliminazione dei propri dati depositati in ogni singola cartella di interscambio (fatte salve particolari esigenze espresse dal gestore del sistema).

Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi devono essere depositati nella cartella individuata per ogni coppia di regione in forma compressa (formato .zip). I file zip devono essere denominati nel seguente modo: RRR0AAXrrr_vnn.zip

Dove

RRR Regione ricevente

0 Invio annuale dati attività

AA Anno di competenza

X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie

rrr Regione inviante

vnn Indicativo della versione dei dati (v01 da utilizzare per il primo invio – v02, v03 ... da utilizzare nel caso vengano prodotte versioni successive a seguito di errori nel primo invio)

I file.zip devono essere protetti con password che verranno comunicate dalla Regione inviate al Referente della Regione destinataria.

Non saranno accettate trasmissioni di archivi di dati utilizzando altri sistemi per la condivisione e la gestione dei dati di mobilità sanitaria.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello H

Regione creditrice : intestazione ed indirizzo della Regione che invia le note di addebito

Regione debitrice : Regione debitrice

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO ADDEBITI

| Tipologia prestazione | NUMERO RECORD | NUMERO PRESTAZIONI | IMPORTO |
|--|---------------|--------------------|---------|
| Ricoveri ospedalieri e day hospital - PUBBLICO | | | |
| Ricoveri ospedalieri e day hospital - PRIVATO | | | |
| Ricoveri ospedalieri e day hospital - TOTALE | | | |
| Medicina generale | | | |
| Specialistica ambulatoriale | | | |
| Farmaceutica | | | |
| Cure termali | | | |
| Somministrazione diretta di farmaci | | | |
| Trasporti con ambulanza ed elisoccorso | | | |
| | | | |
| TOTALE | | | |

Data :

Il responsabile :

Al Ministero della Salute dovrà essere inviato il prospetto cartaceo "Modello M" riepilogativo degli importi di tutte le attività. La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello M" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i dieci giorni successivi alla data di scadenza per l'invio dei dati di attività per la predisposizione della tabella provvisoria degli importi di addebito. Entro un mese dovrà essere predisposta, con il conseguente invio al Ministero della Salute, la tabella definitiva degli importi in mobilità per l'anno in compensazione comprendente le revisioni dovute all'esito delle contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi relativi all'attività dell'anno precedente.

Per ciò che riguarda la procedura di definizione dei valori di addebito relativi alle prestazioni erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù si rimanda alle decisioni della Conferenza dei Servizi del 21/12/2010.

MINISTERO DELLA SALUTE

Modello M

Dipartimento della Programmazione

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

REGIONE

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno

(all'intero di Euro)

| Provenienza | Prestazione | Ricoveri Ordinari e in Day hospital | | | Medicina generale | Specialistica ambulatoriale | Farmaceutica | Cure termali | Somministrazione diretta farmaci | Trasporti con ambulanza ed elisoccorso | TOTALE |
|----------------|-------------|-------------------------------------|---------|--------|-------------------|-----------------------------|--------------|--------------|----------------------------------|--|--------|
| | | PUBBLICO | PRIVATO | TOTALE | | | | | | | |
| PIEMONTE | | | | | | | | | | | |
| VALLE D'AOSTA | | | | | | | | | | | |
| LOMBARDIA | | | | | | | | | | | |
| P.A. BOLZANO | | | | | | | | | | | |
| P.A. TRENTO | | | | | | | | | | | |
| VENETO | | | | | | | | | | | |
| FRIULI V.G. | | | | | | | | | | | |
| LIGURIA | | | | | | | | | | | |
| EMILIA ROMAGNA | | | | | | | | | | | |
| TOSCANA | | | | | | | | | | | |
| UMBRIA | | | | | | | | | | | |
| MARCHE | | | | | | | | | | | |
| LAZIO | | | | | | | | | | | |
| ABRUZZO | | | | | | | | | | | |
| MOLISE | | | | | | | | | | | |
| CAMPANIA | | | | | | | | | | | |
| PUGLIA | | | | | | | | | | | |
| BASILICATA | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CALABRIA | | | | | | | | | | |
| SICILIA | | | | | | | | | | |
| SARDEGNA | | | | | | | | | | |
| BAMBIN GESU' | | | | | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | | | | | |
| Data | Il responsabile | | | | | | | | | |

Fornitura Anagrafica Strutture Sanitarie

Il Ministero della Salute mette a disposizione della Regione di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, i files contenenti le anagrafiche delle strutture sanitarie di tutte le Regioni, attraverso il sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Nella sezione Anagrafica Strutture del sistema MRA sono presenti i report relativi a:

- **anagrafica delle Strutture di ricovero** attive nell'anno di riferimento, con indicazione delle date di inizio e di fine attività e anagrafica dei **reparti ospedalieri**. I report contengono le informazioni anagrafiche delle strutture di ricovero e degli eventuali stabilimenti ospedalieri afferenti. Fonte dei dati: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie - HSP11, HSP11 bis, HSP12 e HSP13 D.P.C.M. 17 maggio 1984 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dai DM 23/12/1996 e 5/12/2006.

- Dati anagrafici delle strutture di ricovero (modelli HSP11 - HSP11bis)
- Reparti delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (modello HSP12)
- Discipline accreditate delle case di cura private accreditate (modello HSP13_QUADRO_E)

- **anagrafica delle Strutture sanitarie territoriali**, attive nell'anno di riferimento, con indicazione delle date di inizio e di fine attività. Fonte dei dati: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie - STS11 e RIA11 D.P.C.M. 17 maggio 1984 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dai DM 23/12/1996 e 5/12/2006.

- Dati anagrafici degli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 (modello RIA11)
- Dati anagrafici delle strutture sanitarie distrettuali (modello STS11)

L' **anagrafica delle Aziende Sanitarie Locali** è disponibile sui siti web istituzionali del Ministero della Salute: www.salute.gov.it (portale del Ministero della salute) e www.dati.salute.gov.it (portale del Ministero della Salute dedicato agli "Open Data"). Fonte dei dati: Monitoraggio della rete di assistenza del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Il Coordinamento provvederà a trasmettere i files sopra elencati ai referenti del gruppo tecnico della mobilità sanitaria interregionale in tempo utile per l'invio annuale dei dati.

CONTESTAZIONI SUI RECORD DI ATTIVITA'

Ogni regione ha la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre regioni e contestare gli eventuali errori.

Per gli anni 2014-2015 le contestazioni andranno trasmesse entro 60 giorni dalla ricezione dei dati di attività.

Per l'anno 2016 l'invio delle contestazioni deve avvenire entro il 30 giugno 2017.

Per l'anno 2017 l'invio delle contestazioni deve avvenire entro il 30 giugno 2018.

Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione a mezzo PEC.

Le note di contestazione vengono trasmesse alle regioni contestate unitamente all'invio dei soli record ritenuti errati valorizzando esclusivamente con il carattere "5" la posizione contabile ed i campi corrispondenti all'errore rilevato secondo le specifiche riportate nei tracciati record.

Ogni regione inviante le contestazioni dovrà allegare il prospetto denominato "Modello C" riassuntivo per ogni settore. Per i flussi contenenti gruppi ricetta/prescrizione si dovranno inviare tutti i record del gruppo con l'indicazione dell'errore solo sulla riga in cui l'errore si è individuato. A fronte di più errori sullo stesso record, non dovranno essere generati più record per ciascun errore ma essere utilizzati i campi errore a disposizione.

Per ogni flusso è stato determinato l'elenco degli errori contestabili, la definizione e la modalità di rilevazione degli errori per i quali si potrà muovere contestazione. Gli errori causa di contestazione sono esclusivamente quelli indicati nei tracciati record di ogni singolo flusso e solo su questi si baseranno le controdeduzioni.

Le contestazioni devono essere mosse senza alterare in alcun modo il contenuto dei dati originari inviati dalle regioni creditrici ad eccezione della posizione contabile e dei campi errore. Nel caso di modifica dei dati originali la regione contestata segnalerà alla Regione contestante la presenza di anomalie entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni. In caso di mancato invio dei files corretti da parte della regione contestante, la Regione contestata potrà rifiutare la contestazione mossa sui record o gruppi ricetta che presentano la modifica.

Nel caso in cui:

- le contestazioni non siano documentate sui record originali inviati dalle regioni creditrici;
 - i record in contestazione non abbiano i campi errore valorizzati secondo le specifiche indicate per ogni singolo flusso;
 - i record abbiano una struttura diversa dalle specifiche per ogni singolo flusso;
- le contestazioni saranno da considerare nulle.

Nel caso in cui:

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile leggere il contenuto dei documenti perché corrotti o mal formattati;
- non sia possibile interpretare il contenuto dei documenti per la loro mancata aderenza alle specifiche (es. campi non allineati correttamente, righe di lunghezza non prevista)

la regione contestata deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni per la quale farà fede la data di comunicazione a mezzo PEC. La regione contestante deve procedere alla nuova trasmissione dei dati entro quindici giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità delle contestazioni. La regione contestata ha due mesi di tempo per rispondere alle contestazioni a partire dalla data del ricevimento del nuovo invio.

La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello Cr" in formato elettronico, tale modello dovrà essere

compilato e ritrasmesso per via telematica entro i 15 giorni successivi alla data di scadenza per l'invio delle contestazioni. Ogni regione dovrà compilare un modello Cr per ogni flusso ed un modello Cr di riepilogo di tutti i flussi.

Ogni regione ha la facoltà di effettuare altri controlli sui dati ricevuti, ma non deve assolutamente far rientrare le anomalie eventualmente individuate con tali controlli nei campi errore previsti nei flussi delle contestazioni. L'esito di questi controlli potrà facoltativamente essere fatto pervenire alle regioni debentrici in uno spirito di collaborazione e di verifica reciproca della qualità dei dati anche al fine di verificare evenienze ad oggi non previste all'interno dei controlli vincolanti.

I file contenenti i record di attività contestati dovranno essere così denominati: RRRCAAMX.rrr.

Dove:

- RRR Regione ricevente
- C Invio contestazioni
- AA Anno di competenza
- M Attività (A,B,C,D,E,F,G)
- X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie
- rrr Regione inviante

Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi devono essere depositati nella cartella individuata per ogni coppia di regione in forma compressa (formato .zip). I file zip devono essere denominati nel seguente modo: RRRCAAXrrr_vnn.zip

Dove

- RRR Regione ricevente
- C Invio contestazioni
- AA Anno di competenza
- X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie
- rrr Regione inviante

vnn Indicativo della versione dei dati (v01 da utilizzare per il primo invio – v02, v03 ... da utilizzare nel caso vengano prodotte versioni successive a seguito di errori nel primo invio)

I file.zip devono essere protetti con password che verranno comunicate dalla Regione inviata al Referente della Regione destinataria.

Non saranno accettate trasmissioni di archivi di dati utilizzando altri sistemi per la condivisione e la gestione dei dati di mobilità sanitaria.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello C

Regione contestante : intestazione ed indirizzo della Regione che invia le contestazioni

Regione contestata : Regione creditrice

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO ADDEBITI E CONTESTAZIONI

| Tipologia Prestazione | Addebito da mod. H | | Addebito da file | | Addebito riconosciuto da file | | Addebito contestato da file | | Differenza mod H e file non riconosciuta |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|--|
| | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Importi in Euro |
| Ricoveri ospedalieri e day-hospital | | | | | | | | | |
| Medicina generale | | | | | | | | | |
| Specialistica ambulatoriale | | | | | | | | | |
| Farmaceutica | | | | | | | | | |
| Cure termali | | | | | | | | | |

Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero scambiata in regime di mobilità sanitaria interregionale

Il gruppo tecnico dei referenti della mobilità sanitaria interregionale delle Regioni e delle Province Autonome ha predisposto a suo tempo un primo documento sul controllo della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero erogata in regime di mobilità sanitaria che ha avuto l'approvazione della Commissione Salute nella seduta del 27 febbraio 2007. Questo documento è stato aggiornato nel tempo e dal 2010 focalizzato secondo un gruppo di indicatori riportati negli allegati 1 , 2 , e 3.

Allegato 1)

| Indicatori di potenziale inapproprietezza nell'attività di ricovero ospedaliero | | | | | | |
|--|---------------|--|----------------------|---|--------------------------------|-------------|
| Area | Codice | Indicatore | Valore soglia | Numero minimo casi al denominatore | Livello di elaborazione | Note |
| Chirurgica | C1 (09) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Generale | 30 % | 50 | Reparto | |
| | C1 (13) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Toracica | 35% | 50 | Reparto | |
| | C1 (14) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Vascolare | 35% | 50 | Reparto | |
| | C1 (34) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Oculistica | 30% | 50 | Reparto | |

| | | | | | | |
|--------|---------|--|-----|----|---------|--|
| | C1 (36) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Ortopedia-Traumatologia | 35% | 50 | Reparto | Occorre tenere conto dei reparti specializzati per il trattamento delle osteomieliti (codice diagnosi 730.0 – 730.1 – 730.2) |
| | C1 (38) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Otorinolaringoiatria | 30% | 50 | Reparto | |
| | C1 (43) | Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Urologia | 45% | 50 | Reparto | |
| Medica | M1 (19) | Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Endocrinologia | 40% | 50 | Reparto | |
| | M2 (26) | Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Medicina Generale | 30% | 50 | Reparto | |
| | M3 (32) | Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Neurologia | 40% | 50 | Reparto | |
| | M4 (58) | Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Gastroenterologia | 40% | 50 | Reparto | |

Allegato 2)

Criteria di calcolo degli indicatori di potenziale inappropriatezza all'attività di ricovero

| CODICE | NUMERATORE | DENOMINATORE |
|----------------|--|---|
| C1 | N. dimessi con RO per DRG medico | N. dimessi con RO per DRG medico più N. dimessi per tutti i ricoveri (RO e DH) per DRG chirurgico |
| M1, M2, M3, M4 | N. dimessi con RO per DRG medico di durata di 2-3 giorni | N. dimessi con RO per DRG medico |

Allegato 3)

Ulteriori criteri di contestazione per ricoveri potenzialmente inappropriati

Si è concordato di identificare una serie di ricoveri per i quali prevedere la possibilità di una contestazione nel caso che essi si presentino con una casistica minima di tre (3) casi a livello di singola struttura ospedaliera erogante. Questi ricoveri riguardano in particolare:

- a) i DRG "maldefiniti": 424, 468, 476 e 477;
- b) i ricoveri per acuti ordinari ripetuti con intervallo temporale 0 - 1 giorno. Tali ricoveri vengono definiti come *re-ricoveri avvenuti nello stesso presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente*;
- c) i ricoveri ordinari ripetuti nei reparti codice 56 con intervallo temporale 0 - 7 giorni;
- d) tutti i pacchetti di 3 o più ricoveri consecutivi (con intervallo temporale 0 - 1 giorno) con utilizzo del reparto codice 56 come reparto "scambiatore" (ad esempio con un primo ricovero in medicina generale, seguito da un ricovero in riabilitazione e da un successivo nuovo ricovero in medicina generale o altro reparto per acuti).

Su questa base il gruppo di lavoro dei referenti regionali della mobilità sanitaria ha stabilito di considerare a rischio di inappropriatazza nelle diverse aree di ricovero i fenomeni riportati nella Tabella 1.

Le Regioni hanno inoltre la facoltà di evidenziare:

1) nel caso di DRG di alta specialità le seguenti possibili anomalie:

- i casi con degenza breve (≤ 3 notti);
- i casi di ricoveri ripetuti;
- i casi eseguiti in unità operative in discipline non assimilabili (ad esempio intervento di alta specialità ortopedica eseguito in chirurgia generale);

2) per tutte le tipologie di DRG, situazioni di palese codifica opportunistica di congrua entità numerica e/o economica.

Sulla base della esperienza dei precedenti anni è prevista la possibilità di segnalare qualunque comportamento che – evidenziato in base agli indicatori già riportati nel Testo Unico per l'anno 2010 o ad altri indicatori riconducibili ai fenomeni riportati nella tabella 1 – risponde ai seguenti requisiti:

- 1) rilevanza statistica e/o economica in termini di numero di casi e di entità del relativo addebito;
- 2) potenziale sovrastima del valore dei ricoveri coinvolti rispetto al valore degli stessi in caso di corretta codifica e/o corretto livello di erogazione e/o appropriata selezione clinica delle indicazioni;
- 3) difformità documentata del comportamento di quella struttura relativamente a quel fenomeno rispetto a quanto avviene mediamente nel resto delle strutture;
- 4) il fenomeno rientra tra le categorie di inappropriatazza riportate nella tabella 1.

Per quanto riguarda le modalità di gestione delle segnalazioni:

- a) Le segnalazioni, di regola, danno luogo a riscontro. nei tempi utili alla definizione degli accordi bilaterali, ovvero secondo accordi funzionali ai sistemi di controllo regionali. Contenuti e modalità dei riscontri non sono predefiniti e qualora si ritenesse di non dare riscontro tale scelta va motivata. Verrà istituito un osservatorio sulle segnalazioni e sulle contestazioni che orienti il futuro sistema dei controlli;
- b) Le casistiche segnalate non debbono necessariamente dare luogo ad un controllo sistematico di tutte le cartelle dei casi coinvolti, ma possono essere verificate in base ai risultati dei controlli routinariamente eseguiti sui ricoveri della struttura interessata ed eventualmente approfondite con le modalità stabilite dalla Regione interessata caso per caso, modalità che saranno specificate nelle controdeduzioni.

Non sono previste sanzioni applicabili in maniera automatica e l'eventuale valutazione di tipo economico legata alle anomalie evidenziate dai controlli sarà regolata in sede di accordi bilaterali.

Già nel Testo Unico per l'anno 2008 era previsto che il sistema di indicatori per la verifica dell'appropriatazza di ricoveri venisse sottoposto a periodiche manutenzioni, con l'inclusione di nuove segnalazioni suggerite dai risultati delle analisi e l'eliminazione di quelle che risultano ridondanti o non significative. A questo scopo il gruppo dei referenti della mobilità si impegna ad aggiornare periodicamente il documento tecnico di indirizzo sui fenomeni più significativi di potenziale inappropriatazza nella attività di ricovero da monitorare e sui relativi indicatori di verifica.

Una specifica sezione sui controlli di appropriatazza potrà inoltre essere prevista nell'ambito degli accordi di confine previsti anche dal Patto per la Salute 2010 – 2012.

Tabella 1

| I fenomeni a rischio di inappropriatelyzza nelle diverse aree di ricovero ospedaliero | |
|---|--|
| AREA | FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA |
| Chirurgica | Utilizzo del regime di ricovero per procedure eseguibili a livello ambulatoriale |
| | Utilizzo del regime di ricovero di due o più giorni per procedure eseguibili a livello di day surgery o one day surgery con conseguente aumento del valore del ricovero |
| | Effettuazione di prestazioni non incluse nei LEA come quelle di chirurgia refrattiva |
| | Utilizzo di reparti chirurgici per pazienti con DRG medici |
| Medica (reparti per acuti, compresi i ricoveri per DRG medici nei reparti chirurgici) | Utilizzo del regime di ricovero ordinario per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale o di day hospital |
| | Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale |
| Riabilitativa | Utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale |
| | Degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione |
| | Degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa |
| | Dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero |
| | Utilizzo del regime di day hospital per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale |
| | Utilizzo del reparto di riabilitazione come reparto "scambiatore" per moltiplicare il numero dei ricoveri addebitati a fronte di un unico episodio di cura |
| | Registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti |
| Tutte le aree | Attribuzione artificiosa del ricovero al DRG più "conveniente" |
| | Utilizzo scorretto del passaggio dal regime di ricovero ordinario a quello di day hospital e viceversa in ricoveri consecutivi (dimissione dal primo reparto e ammissione nel secondo nella stessa giornata o nella giornata successiva) |
| | Ricoveri ordinari consecutivi (vedi sopra) in reparti per acuti |

RISPOSTA ALLE CONTESTAZIONI (CONTRODEDUZIONI)

La regione contestata potrà presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a rinviare tutti e soli i record contestati con l'eccezione della casistica relativa alla correzione della regione debitrice come di seguito definita.

Per gli anni 2014-2015 le controdeduzioni andranno trasmesse entro 60 giorni dalla ricezione delle contestazioni.

Per l'anno 2016 l'invio delle controdeduzioni deve avvenire entro il 15 settembre 2017.

Per l'anno 2017 l'invio delle controdeduzioni deve avvenire entro il 15 settembre 2018.

Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione a mezzo PEC.

Se nella fase di controdeduzione una regione verifica di aver errata l'individuazione della regione verso la quale ha inviato l'addebito (anche non a fronte di una contestazione ma per auto riconoscimento di errore) dovrà inviare alla regione sbagliata i record relativi con posizione contabile 'C' e contestualmente, all'interno del file delle controdeduzioni verso la regione individuata come quella corretta, inserirà tali record con posizione contabile = '3' valorizzando anche il campo 'Regione iniziale di addebito col codice della regione verso cui erroneamente si era inviato inizialmente l'addebito.

Per comunicare l'esito delle controdeduzioni si utilizzerà il campo "posizione contabile" con le seguenti codifiche:

A= i dati originali contenuti nel record vengono confermati;

B= i dati originali contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati;

C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati;

3= addebiti richiesti per storni ad altri per l'anno di competenza a fronte di errori sull'individuazione della regione.

Nel campo denominato posizione contabile deve essere inserito il codice che sintetizza il risultato della correzione del record, nel seguente ordine di priorità: C, B, A.

Ad esempio se su una prestazione si verifica che l'assistito non è a carico della regione alla quale si è addebitato inizialmente, la contestazione verrà accettata con 'C', anche se sono stati segnalati altri errori che sono stati corretti; se i dati vengono modificati a fronte degli errori segnalati va impostato il valore 'B', se i dati non vengono modificati si può impostare il valore 'A'. Il campo posizione contabile varrà o 'A' o 'B' o 'C' o '3' su ogni record del gruppo ricetta, in modo uniforme.

Nel caso di soluzione di casi duplicati non effettivi ma dovuti a cause tecniche, ad esclusione quindi del caso di accettazione di errore sul duplicato con posizione contabile 'C', si interverrà sulla chiave del record e la Regione inviante dovrà accompagnare la controdeduzione con una specifica nota scritta relativa all'avvenuta modifica dei campi chiave. Nei casi di posizione contabile A, B o C non valorizzare il campo 'Regione iniziale di addebito.

Nei record inviati nelle controdeduzioni gli indicatori di errore evidenziati dalla Regione contestante vanno mantenuti al valore originale.

Ogni addebito contestato cui non segua controdeduzione, al limite per l'intero flusso, verrà assunto come accettazione della contestazione (cioè come se la controdeduzione fosse stata inviata con posizione contabile 'C').

Ogni regione inviante le controdeduzioni dovrà allegare il prospetto "Modello D" riassuntivo, per ogni settore. Fanno fede solo le controdeduzioni accompagnate da documentazione su record secondo le modalità di compilazione previste.

In questa fase tutti i record privi di posizione contabile valorizzata come sopra scritto saranno da considerare come implicitamente non inviati (quindi contestazione accettata con posizione contabile 'C' implicita).

Nel caso in cui

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile leggere il contenuto dei documenti perché corrotti o mal formattati;

- non vi sia rispetto delle specifiche indicate nei rispettivi tracciati per quanto riguarda i seguenti aspetti:
 - Campi non allineati correttamente
 - Righe di lunghezza non prevista
 - Formattazione dei campi non secondo le specifiche indicate
 - Codici regione non previsti (per es. codice regione=040)
 - Valori non previsti dal campo 'Note' indicato per le singole variabili (per es. se la variabile ha valori 1,2,3 il valore 4 non verrà accettato)
 - Valori non previsti dai codici errori per i flussi indicati (Per es. non verrà accettato codice ERR01=3 per il flusso G perché non è previsto, ma solo 1 o 2)

la regione contestante deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle controdeduzioni per la quale farà fede la data di comunicazione a mezzo PEC. La regione contestata deve procedere al rinvio dei dati, pena la nullità delle controdeduzioni, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello Dr" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e trasmesso al coordinamento entro dieci giorni dalla data di scadenza per l'invio delle controdeduzioni. Ogni regione dovrà compilare un modello Dr per ogni flusso ed un modello Dr di riepilogo di tutti i flussi.

I file contenenti i record di attività controdedotti dovranno essere così denominati: RRRDAAMX.rrr.

Dove:

RRR Regione ricevente
 D Invio controdeduzioni
 AA Anno di competenza
 M Attività (A,B,C,D,E,F,G)
 X 1= archivio dati anagrafici, 2= archivio dati prestazioni sanitarie
 rrr Regione inviante

Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi devono essere depositati nella cartella individuata per ogni coppia di regione in forma compressa (formato .zip). I file zip devono essere denominati nel seguente modo: RRRDAAXrrr_vnn.zip

Dove

RRR Regione ricevente
 D Invio controdeduzioni
 AA Anno di competenza
 X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie
 rrr Regione inviante
 vnn Indicativo della versione dei dati (v01 da utilizzare per il primo invio – v02, v03 ... da utilizzare nel caso vengano prodotte versioni successive a seguito di errori nel primo invio)

I file.zip devono essere protetti con password che verranno comunicate dalla Regione inviate al Referente della Regione destinataria.

Non saranno accettate trasmissioni di archivi di dati utilizzando altri sistemi per la condivisione e la gestione dei dati di mobilità sanitaria.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello D

Regione contestata : intestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni

Regione contestante : Regione che ha inviato le contestazioni

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI

| Tipologia Prestazione | Addebito contestato da file | | Esito controdeduzioni | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| | | | Pos. Cont. = "A" | | Pos. Cont. = "B" | | Pos. Cont. = "C" | | Pos. Cont. = "3" | | Totale record controdedotti | |
| | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro |
| Ricoveri ospedalieri e day-hospital | | | | | | | | | | | | |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | |
| Specialistica ambulatoriale | | | | | | | | | | | | |
| Farmaceutica | | | | | | | | | | | | |
| Cure termali | | | | | | | | | | | | |
| Somministrazione diretta di farmaci | | | | | | | | | | | | |
| Trasporti con ambulanza ed elisoccorso | | | | | | | | | | | | |
| Totale | | | | | | | | | | | | |
| Data | Il Responsabile | | | | | | | | | | | |

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello Dr

Regione contestata : intestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI

| Tipologia Prestazione | Addebito contestato da file | | Esito controdeduzioni | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| | | | Pos. Cont. = "A" | | Pos. Cont. = "B" | | Pos. Cont. = "C" | | Pos. Cont. = "3" | | Totale record controdedotti | |
| | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro | Numero record | Importi in Euro |
| 010 - Piemonte | | | | | | | | | | | | |
| 020 - Valle d' Aosta | | | | | | | | | | | | |
| 030 - Lombardia | | | | | | | | | | | | |
| 041 - P.A. Bolzano | | | | | | | | | | | | |
| 042 - P.A. Trento | | | | | | | | | | | | |
| 050 - Veneto | | | | | | | | | | | | |
| 060 - Friuli Venezia Giulia | | | | | | | | | | | | |
| 070 - Liguria | | | | | | | | | | | | |
| 080 - Emilia-Romagna | | | | | | | | | | | | |
| 090 - Toscana | | | | | | | | | | | | |
| 100 - Umbria | | | | | | | | | | | | |
| 110 - Marche | | | | | | | | | | | | |
| 120 - Lazio | | | | | | | | | | | | |
| 130 - Abruzzo | | | | | | | | | | | | |
| 140 - Molise | | | | | | | | | | | | |
| 150 - Campania | | | | | | | | | | | | |
| 160 - Puglia | | | | | | | | | | | | |
| 170 - Basilicata | | | | | | | | | | | | |
| 180 - Calabria | | | | | | | | | | | | |
| 190 - Sicilia | | | | | | | | | | | | |
| 200 - Sardegna | | | | | | | | | | | | |
| 121 - Bambin Gesù | | | | | | | | | | | | |
| Totale | | | | | | | | | | | | |
| Data | nome compilatore | | | | | | | | | | | |

COMPOSIZIONI BILATERALI E COLLEGIO ARBITRALE

Le Regioni devono concludere, attraverso composizioni bilaterali, i contenziosi non sanati con l'invio delle controdeduzioni. L'originale o copia dell'accordo siglato dalle parti deve essere consegnato o trasmesso al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti. Tutte le vertenze che non trovano una risoluzione bilaterale entro il termine indicato verranno affidate ad un organo con funzione di "collegio arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi.

Il collegio arbitrale è composto da tre membri: la presidenza è stata affidata all'ASSR dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità del 22/03/2007; i restanti due componenti sono due Regioni che verranno indicate dalle Regioni in contenzioso secondo le modalità di seguito indicate.

Modalità e tempi di attivazione e di azione del collegio arbitrale:

- **Richiesta di attivazione:** la Regione che intende avvalersi del collegio arbitrale deve farne richiesta all'ASSR comunicando tale decisione alla Regione interessata e, per conoscenza, al coordinamento;
- **Nomina dei componenti:** entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione la Regione chiamata in causa comunica all'ASSR la Regione che vuole designare. Se la scadenza non viene rispettata la nomina verrà effettuata dalla stessa ASSR. La Regione che ha chiesto l'attivazione del collegio può indicare la Regione che intende nominare contestualmente alla richiesta di attivazione o, comunque, entro 15 giorni dalla richiesta stessa.
- **Motivazioni richieste per l'attivazione:** il collegio arbitrale potrà essere chiamato ad intervenire nel caso in cui:
 - esiste un contenzioso su parte dell'importo degli addebiti;
 - è assente la Regione interessata all'accordo.
- **Intervento:** L'ASSR, acquisiti gli elementi necessari alla risoluzione del contenzioso, comunica ad entrambe le parti in causa e alle due Regioni nominate a costituire il collegio la data e il luogo previsti per la riunione, che dovrà essere entro un mese dal ricevimento da parte dell'ASSR della richiesta di attivazione. La seduta sarà ritenuta valida se saranno presenti tutti i membri del collegio e almeno una delle parti. Il Collegio Arbitrale, sentite le parti e acquisiti direttamente ulteriori elementi dalle parti in causa, emette il giudizio. Contestualmente il collegio firmerà un documento, da trasmettere al coordinamento ai fini della compilazione della matrice degli accordi bilaterali, dove saranno riportate le seguenti informazioni:

MOBILITÀ ATTIVA della Regione/Provincia Autonoma
nei confronti della Regione/Provincia Autonoma

| ADDEBITO INIZIALE | ADDEBITO RICONOSCIUTO | IMPORTO DI VARIAZIONE RISPETTO ALL' ADDEBITO INIZIALE |
|-------------------|-----------------------|---|
| | | |

MOBILITÀ ATTIVA della Regione/Provincia Autonoma
nei confronti della Regione/Provincia Autonoma

| ADDEBITO INIZIALE | ADDEBITO RICONOSCIUTO | IMPORTO DI VARIAZIONE RISPETTO ALL' ADDEBITO INIZIALE |
|-------------------|-----------------------|---|
| | | |

Il Coordinamento si farà carico di convocare, almeno una sessione di lavoro dedicata alla conclusione degli accordi bilaterali.

Qualora, alla data del 31 dicembre, dovessero esserci accordi bilaterali non chiusi, in assenza di richieste di attivazione del collegio arbitrale, verrà considerato definitivo l'importo dell'addebito iniziale.

Sulla base delle controdeduzioni, delle composizioni bilaterali e delle determinazioni del collegio arbitrale verrà predisposta la tabella definitiva con la revisione degli importi in mobilità per l'anno in corso.

PRESCRIZIONI COMUNI A TUTTI I TRACCIATI RECORD

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario progettato congiuntamente da Stato e Regioni per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale (Progetto Mattoni) ha sviluppato in questi anni una pluralità di informazioni sugli eventi che caratterizzano l'insieme dei contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Servizio Sanitario Nazionale ed ha avviato, tramite decreti attuativi, la creazione di specifiche Banche Dati.

La garanzia del conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario quale adempimento cui sono tenute le Regioni (ribadito nel Patto per la Salute 2010) e la definizione della classificazione e codifica delle informazioni in un linguaggio comune consentono l'opportunità dell'utilizzo di alcune informazioni richieste nei nuovi flussi nei tracciati del documento dell'Accordo che disciplina la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

Il recepimento nei tracciati dell'Accordo di tali informazioni consente alle regioni la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni oggetto di mobilità tramite un maggior livello di dettaglio.

Altresì il Ministero dell'Economia e delle Finanze - in attuazione alle disposizioni dell'art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 - ha realizzato, in questi anni, congiuntamente alle regioni, l'invio della Tessera Sanitaria (TS) ai cittadini italiani e residenti su tutto il territorio nazionale. L'utilizzo della Tessera Sanitaria oltre che elemento portante per attuare in Italia il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria consente tramite il Codice Fiscale l'identificazione certa e univoca di iscrizione del cittadino al SSN.

Le regole definite attualmente nell'Accordo della mobilità sanitaria per la verifica della residenza degli assistiti non garantiscono una interpretazione univoca da parte delle regioni. Nell'attività di compensazione della mobilità sanitaria interregionale la verifica della residenza degli assistiti rappresenta infatti il maggior elemento di criticità, assorbe pesanti risorse e genera la maggior parte delle contestazioni e dei contenziosi tra le regioni.

Le nuove regole proposte prevedono la validazione del codice fiscale e la verifica della residenza degli assistiti tramite il codice fiscale, alla data di erogazione della prestazione, anche utilizzando l'anagrafe del Sistema TS nell'ambito del progetto "Gestione della mobilità interregionale sanitaria" concordato con SOGEI.

Nei tracciati record è presente la colonna con il codice di obbligatorietà del campo che è così definito:

IDENTIFICATIVO UTENTE

1) Codice fiscale;

Per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri è obbligatorio inserire il Codice Fiscale a decorrere dall'anno di competenza 2009; per i flussi della Specialistica Ambulatoriale e della Farmaceutica la compilazione del Codice Fiscale è obbligatoria a partire dall'anno di competenza 2010. Per il flusso di Somministrazione diretta di Farmaci l'obbligatorietà è a partire dall'anno di competenza 2011. Per tutti gli altri flussi (ad esclusione del flusso dei trasporti) l'obbligatorietà è a partire dall'anno di competenza 2012.

Ciò al fine di verificare la residenza dell'assistito anche attraverso l'anagrafe del Sistema TS alla data di erogazione della prestazione (data di ricovero per il flusso dei Ricoveri ospedalieri, data di erogazione della prestazione/farmaco per i flussi della Specialistica Ambulatoriale e della Farmaceutica/Somministrazione diretta di farmaci, data di inizio assistenza per il flusso di Medicina Generale, data di inizio cura per il flusso termale; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

Valgono le seguenti eccezioni

Il campo CF non è obbligatorio nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge, per i quali può essere indicata la dicitura ANONIMO sia nel Cognome che nel Nome [sulla omissione del CF la Commissione Salute è in attesa di conferma da parte del Garante].

Si riportano di seguito le prestazioni in riferimento alle quali è prevista la copertura da riservatezza [Per l'applicabilità delle verifiche da effettuare in riferimento alle prestazioni erogate ai soggetti ANONIMI si rimane in attesa del parere del Garante]

Flusso dei Ricoveri

| Tipologia patologia/ricovero | Campi interessati dalla verifica | Valore |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| HIV | Diagnosi principale o secondarie | '042' o V08 |
| Dipendenza | Diagnosi principale o secondarie | 303.xx o 304.xx |
| Parto | DRG | Da 370 a 375 |
| Aborto | Diagnosi principale o secondarie | Matrice 635 |

Flusso della Specialistica Ambulatoriale (codice esenzione e/o codice prestazione)

| Tipologia patologia/prestazione | Campi interessati dalla verifica | Valore |
|---------------------------------|----------------------------------|---|
| HIV | Codice prestazione | 91.22.2= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi qualitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena) 91.22.3= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi quantitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena) 91.22.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi 91.22.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma) 91.23.1= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma) 91.23.2= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi anti antigene P24 (E.I.A.) 91.23.3= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 (E.I.A.) 91.23.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 da colture linfocitarie (E.I.A.) 91.23.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 2] anticorpi immunoblotting (saggio di conferma) eventuali codici regionali segnalati in fase di addebito iniziale |

| | | |
|------------|------------------|--|
| | Codice esenzione | 020 Infezione da HIV B01 Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 le.B del D.Lgs 124/98) |
| Dipendenza | Codice esenzione | 014 Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool |

Flusso della Farmaceutica e della Somministrazione diretta di farmaci

| Tipologia patologia/farmaco | Campi interessati dalla verifica | Valore |
|-----------------------------|----------------------------------|--|
| HIV | Codice farmaco | Tutti i Minsan10 afferenti al codice ATC: J05 Antivirali (con esclusione di J05AB04 – J05AF08 – J05AF10 - J05AF11 – J05AH01 – J05AH02 – J05AE10 – J05AE11 in quanto farmaci con indicazione diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa) |
| Dipendenza | Codice farmaco | Tutti i Minsan10 afferenti al codice ATC: N07BC01 e N07BC02 – Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nella dipendenza da alcool |

Il campo CF può non essere valorizzato per i nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita. In questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e Data di Nascita. Verranno definiti controlli specifici sulle prestazioni di ricovero erogate ai nuovi nati. Al di fuori dei casi che rientrano in tale eccezione, cognome e nome, possono essere inseriti se disponibili.

2) Cognome, nome e data di nascita per i soli tracciati di Ricoveri ordinari e day hospital in caso di nuovi nati fino al 28° giorno di vita.

Per il flusso dei trasporti con ambulanza ed elisoccorso è sufficiente in ordine di preferenza uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita

I campi necessari per individuare il paziente sono generalmente accompagnati dalla indicazione 'V' a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

Viene eliminato da tutti i flussi il Codice sanitario regionale quale identificativo valido (resta nei tracciati il campo vuoto).

OBBLIGATORIO IN ALTERNATIVA - codice OIU

E' obbligatorio almeno un identificativo utente: i campi cognome, nome e data di nascita devono essere obbligatoriamente compilati, in alternativa al codice fiscale.

OBBLIGATORIO - codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati; quelli con indicato anche 'V' sono quelli che rientrano nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto e il dato è stato rilevato, ma che possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri se numerici) in assenza dell'evento o di rilevazione del dato.

Ad esempio nel tracciato delle prestazioni ospedaliere, i campi relativi all'individuazione degli interventi chirurgici saranno ovviamente vuoti nel caso di ricoveri di tipo non chirurgico. Nel caso in cui un campo così definito abbia indicato anche 'V', se valorizzato rientra nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

FACOLTATIVO - codice FAC

Sono i campi che possono anche non essere riempiti nel tracciato di scambio interregionale per la compensazione della mobilità, ma i cui dati sono spesso rilevabili dai sistemi informativi locali (ad esempio già presenti nel tracciato di Dimissione Ospedaliera) e presentano specifico interesse informativo delle Regioni. La loro compilazione, pertanto, viene considerata un debito informativo interregionale, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

I campi con tracciato alfanumerico (AN), vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere "spazio".

I campi con tracciato numerico (N), vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere "zero".

I campi data sono sempre del tipo GGMMAAAA; se mancanti devono essere valorizzati con spazio.

I campi 'importo totale' e 'importo ticket' devono essere compilati come segue:

- la parte intera e quella decimale separate da una virgola
- la cifra allineata a destra e completata a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 0 (zero)
- la parte decimale avrà sempre lunghezza 2 (tranne per il Flusso F, con lunghezza 5), anche nei casi in cui gli importi abbiano valore intero.

Esempio di conversione:

| valore in Euro | Importo compilato |
|----------------|-------------------|
| 230,65 | 000230,65 |
| 23,6 | 000023,60 |
| 23 | 000023,00 |

Importo totale

| Flusso | Lunghezza del campo 'importo totale' | Lunghezza parte intera campo 'importo totale' | Lunghezza carattere virgola "," | Lunghezza parte decimale campo 'importo totale' | Esempio |
|-----------|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|----------------|
| A | 9 | 6 | 1 | 2 | 000123,61 |
| F | 1 | 8 | 1 | 5 | 00000123,12345 |
| B,C,D,E,G | 8 | 5 | 1 | 2 | 00123,61 |

Importo ticket

| Flusso | Lunghezza 'importo ticket' | Lunghezza parte intera 'importo ticket' | Lunghezza carattere virgola "," | Lunghezza parte decimale 'importo ticket' | Esempio |
|-----------|----------------------------|---|---------------------------------|---|---------|
| A, | Non presente | | | | |
| C,D,E,F,G | 7 | 4 | 1 | 2 | 0123,61 |

Per i flussi C, D, E, F, in cui sono presenti le righe zn e la riga 99, l'importo della riga 99 è la somma degli importi delle righe zn sottratto l'importo del ticket.

Per il flusso F, che ha una lunghezza di 5 numeri decimali dopo la virgola, per la compilazione dei Modelli da scambiare con le regioni e con il Coordinamento, dovrà essere riportato a 2 caratteri dopo la virgola secondo la regola dell'approssimazione per arrotondamento.

Come indicato dalla Commissione Salute del 12 ottobre 2011 si stabilisce che sia la regione erogatrice a trattenere la quota di compartecipazione alla spesa aggiuntiva introdotta con la manovra di Luglio 2011. Questo comporta che, per tutti i flussi su cui incide la manovra ticket, il valore addebitato non tenga conto del "ticket aggiuntivo". Nella pratica nulla cambia rispetto al passato, pertanto la compilazione dei tracciati andrà effettuata nel seguente modo:

il campo ticket dovrà contenere soltanto la quota ticket ante manovra di luglio (senza quota aggiuntiva), il campo importo totale della riga 99 dovrà essere calcolato come somma delle righe zn - ticket.

Per il flusso G l'importo deve essere calcolato al netto del ticket pagato.

Anche nel caso in cui l'importo ticket e/o l'importo totale non abbiano valore o siano valorizzati a zero i campi devono comunque essere compilati secondo le regole descritte (es. 0000,00).

Si prevede un range di tolleranza di + 0 - 0,50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) + 0 - 0,05 (per gli altri flussi) Euro per ogni singola prestazione; ciò vuol dire che quando si effettua il controllo sull'importo (ERR06=5) la segnalazione andrà fatta solo se l'importo addebitato risulterà diverso rispetto a quello calcolato dalla regione debitrice a meno di uno scarto di 0.50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) /0,05 (per gli altri flussi) euro, cioè se la differenza (in valore assoluto) tra i due importi risulterà superiore a 0,50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) /0,05 (per gli altri flussi).

La tabella di seguito riporta i valori da assegnare al campo Codifica Nomenclatore in base alla Regione e Provincia autonoma per i File 'C', 'E', 'F', 'G'.

| REGIONE | VALORE Codifica Nomenclatore |
|---------------------------|------------------------------|
| 010 Piemonte | a |
| 020 Valle d'Aosta | b |
| 030 Lombardia | c |
| 041 P.A. Bolzano | e |
| 042 P.A. Trento | f |
| 050 Veneto | g |
| 060 Friuli-Venezia Giulia | h |
| 070 Liguria | j |
| 080 Emilia-Romagna | k |
| 090 Toscana | m |
| 100 Umbria | n |
| 110 Marche | o |
| 120 Lazio | p |
| 121 Ospedale Bambin Gesù | d |
| 130 Abruzzo | q |
| 140 Molise | r |
| 150 Campania | t |
| 160 Puglia | u |
| 170 Basilicata | v |
| 180 Calabria | w |
| 190 Sicilia | x |
| 200 Sardegna | y |

Le Regioni su cui insistono le strutture ACISMOM invieranno i dati di mobilità alle Regioni debentrici contestualmente all'invio degli altri dati di mobilità utilizzando un file separato nel quale i codici della "Regione addebitante" dovranno essere i seguenti:

| | |
|-----------|-----|
| Lombardia | 031 |
| Liguria | 071 |
| Lazio | 122 |
| Campania | 151 |
| Puglia | 161 |

e il codice nomenclatore corrisponderà al codice della regione nella quale è ubicata la struttura.

In ogni caso il dato riepilogativo dovrà essere riportato in un modello H dedicato esclusivamente all'attività di tali strutture.

RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL (FLUSSO A)

Sono oggetto di compensazione i ricoveri ordinari per acuti, i ricoveri per day surgery, i ricoveri in day hospital, i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza.

Per un corretto monitoraggio delle attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi con valorizzazione a zero) sono parte integrante del debito informativo di interscambio.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File A1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File A2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + codice istituto + numero scheda.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

SDO 2017

Poiché nel 2017 il tracciato nazionale della sdo si è modificato (DECRETO 7 dicembre 2016 , n. 261) ma si è concordato di non modificare il tracciato relativo al flusso Sdo file A1, file A2, si rendono necessarie le transcodifiche sotto riportate:

| Variabili | Tracciato mobilità | SDO nazionale 2017 |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Provenienza del pz | 0 | 01 |
| | 1 | 02, 11, 12 |
| | 2 | 03, 10 |
| | 3 | 04 |
| | 4 | 05 |
| | 5 | 06 |
| | 6 | 07 |
| | 7 | 08 |
| | 9 | 09, 99 |
| Modalità di dimissione | Da 1- 9 | 01-09 |
| Tipo ricovero | 1 | 1, 5 |
| | 2 | 2 |
| | 3 | 3 |
| | 4 | 4 |

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome, possono essere inseriti se disponibili; in ogni caso rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita anche nei casi coperti da riservatezza.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate da:

- casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo e il Codice Fiscale deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato

- nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita. In questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e data di nascita.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca deve essere effettuata utilizzando il codice fiscale, e per i soli casi non trovati per i quali sia comunque valorizzato il codice fiscale, verificando se la ricerca per cognome, nome e data di nascita, dà esito positivo; anche in questo caso l'assistito deve essere considerato come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di ricovero ospedaliero si intende la data di ricovero).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria.

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata.

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:

- pazienti affetti da HIV in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 042 o V08
- pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 303xx o 304xx
- in caso di parto senza riconoscimento del nuovo nato: in presenza di DRG da 370 a 375
- in caso di aborto: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 635xx

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è di un Comune che non appartiene alla regione che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa

2= DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito. Il DRG calcolato dalla Regione che riceve l'addebito andrà indicato nell'apposito campo.

3= Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore.

4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta

Le diagnosi devono essere codificate utilizzando la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification. Per la determinazione dei DRG dovrà essere utilizzata la versione Grouper HCFA 24.0.

Il passaggio a successive versioni di codifica e versioni Grouper avverrà sulla base dei provvedimenti ministeriali in vigore al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Errori caratteristiche ricoveri (ERR04)

1= regime ricovero assente o errato

2= Reparto ammissione/dimissione

Non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto ammissione/dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento)

3= Modalità di dimissione

- Non valorizzata o non esistente nel dominio
- 4 = Tipo di ricovero
Non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH)
- 5 = Più errori concomitanti per questo tipo di errore

Errori nella chiave del record (ERR05)

3= ricovero ripetuto effettivo

Per “ricoveri ripetuti effettivi” si intendono quei ricoveri ordinari di uno stesso assistito che avvengono nello stesso periodo di tempo. Questi casi si individuano quando:

- la stringa dei campi che identificano l'utente coincidono (cognome, nome, data di nascita oppure codice fiscale, qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank e ad esclusione dei soggetti anonimi)
- esiste una sovrapposizione tra i periodi di ricovero escludendo dal controllo le date di ingresso e le date di dimissione.

La segnalazione dei ripetuti effettivi deve essere effettuata compilando l'ERR05=3; tale indicazione di errore deve essere riportata su tutti i record che sono identificati come tali.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazione per questo tipo di errore.

1= Importo assente o non valorizzato come numerico

2= Importo non corrispondente a DRG e tariffa. L'importo calcolato dalla Regione che riceve l'addebito andrà indicato nell'apposito campo.

3= Importo DH (drg 409 – 410 – 492) non abbattuto in concomitanza a somministrazione di farmaci oncologici (Allegato B)

Errori sulla data della prestazione (ERR08)

1= Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta

2= Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza.

3= Data dimissione inferiore alla data ricovero.

4= In caso di ricovero in DH.

numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH'

5= Ricoveri ordinari per acuti (esclusi i reparti 28, 56, 60, 75) la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente. Vengono escluse le contestazioni per i DRG con valore soglia inferiore a dodici giorni.

Errori sull'onere della prestazione (ERR09)

1= Importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 4,9)

2= Onere degenza assente o errato.

Tracciato record File "A"
RICOVERI ORDINARI e DAY HOSPITAL

FILE A1 – archivio dati anagrafici

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|---------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice Regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-14 | Codice istituto | AN | 8 | Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB V |
| 15-22 | Numero della scheda | AN | 8 | Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno | OBB V |
| 23-52 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 53-72 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 73-80 | Numero della scheda madre | AN | 8 | Numero della scheda nosologica della madre corrispondente alla scheda nosologica nuovo nato | FAC |
| 81-88 | Campo vuoto | AN | 8 | Riempire con spazi | |
| 89-104 | Codice fiscale dell'utente | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 105 | Sesso utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | OBB |
| 106-113 | Data di nascita utente | Data | 8 | Formato GGMMAAAA La data inserita deve essere tale che l'età dell'utente, calcolata in anni compiuti e ottenuta dalla differenza tra la data di inizio dell'assistenza e la data di nascita, non sia superiore a 124 anni. | OBB V |
| 114 | Stato civile | AN | 1 | 1 = celibe/nubile, 2 = coniugato/a, 3 = separato/a, 4 = divorziato/a, 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato | FAC |
| 115-117 | Regione di residenza | AN | 3 | Codice Ministeriale della Regione di residenza | OBB V |
| 118-123 | Provincia e Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT del Comune di residenza | OBB V |
| 124-126 | Usl di residenza | AN | 3 | Codice Ministeriale della USL di residenza | FAC |
| 127-129 | Cittadinanza | AN | 3 | Nel caso di utenti con cittadinanza straniera porre il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza. 100 = italiana, 999 = apolide | FAC |
| 130-145 | Medico prescrittore | AN | 16 | Codice fiscale del medico prescrittore | FAC |

FILE A2 – archivio dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|-------|---------------------------------|------|-------|--|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice Regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-14 | Codice istituto | AN | 8 | Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB V |
| 15-22 | Numero della scheda | AN | 8 | Le prime due cifre identificano l'anno di ricovero, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno | OBB V |
| 23 | Regime di ricovero | AN | 1 | 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno | OBB V |
| 24-31 | Data di ricovero | AN | 8 | Formato ggmmaaaa | OBB V |
| 32 | Provenienza del paziente | AN | 1 | 0 =ricorso diretto ; 1=paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; 2=paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; 3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; 4=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; 5=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; 6=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; 7=paziente trasferito da altra | FAC |
| 33-36 | Reparto di ammissione | AN | 4 | Inserire l'unità operativa ove è ricoverato l'utente, ovvero i primi 4 caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nel modello ministeriale HSP.12 | OBB V |
| 37 | Onere della Degenza | AN | 1 | 1 = Ricovero a totale carico del SSN 2 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera) 4 = Ricovero senza oneri a carico del SSN 5 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione) 6 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera e libera professione) 9 = altro | OBB V |
| 38 | Tipo di ricovero | AN | 1 | Solo per ricoveri ordinari. La compilazione per i ricoveri di neonati non è obbligatoria, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita. 1 = ricovero programmato, non urgente 2 = ricovero urgente 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione | OSP V |
| 39 | Campo vuoto | AN | 1 | Riempire con spazi | |
| 40 | Traumatismi o intossicazioni | AN | 1 | 1=infornuto sul lavoro, 2=incidente in ambiente domestico, 3=incidente stradale, 4=violenza altrui, 5=autolesione o tentativo suicidio, 9=altro tipo di incidente | FAC |
| 41-44 | Reparto di dimissione | AN | 4 | Si deve utilizzare la codifica prevista dai Flussi ministeriali HSP. I primi due caratteri del codice identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera, i secondi due individuano le eventuali divisioni esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una | OBB V |

| | | | | | |
|---------|---|------|---|--|-------|
| 45-52 | Data di dimissione o morte | Data | 8 | Formato GGMMAAAA. Nel caso di ricovero in Day Hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso. Convenzionalmente il 31 dicembre viene considerata la data di fine del ciclo. | OBB V |
| 53 | Modalità di dimissione | AN | 1 | 1=paziente deceduto 2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente 3=dimissione ordinaria presso una RSA 4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare 5=dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato) 6=trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti 7=trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto 8=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione 9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata. | OBB V |
| 54 | Riscontro autoptico | AN | 1 | 1=con autopsia, 2=senza autopsia | OSP |
| 55 | Sistema di codifica diagnosi | AN | 1 | 5 = ICD9-CM 2007 | OBB V |
| 56-60 | Diagnosi principale | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OBB V |
| 61-65 | Diagnosi concomitante 1 | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP V |
| 66-70 | Diagnosi concomitante 2 | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP V |
| 71-75 | Diagnosi concomitante 3 | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP V |
| 76-80 | Diagnosi concomitante 4 | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP V |
| 81-85 | Diagnosi concomitante 5 | AN | 5 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP V |
| 86-93 | Data intervento chirurgico principale | Data | 8 | Formato GGMMAAAA | OSP |
| 94-97 | Intervento chirurgico principale | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 98-101 | Altro intervento o procedura 1 | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 102-105 | Altro intervento o procedura 2 | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 106-109 | Altro intervento o procedura 3 | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 110-113 | Altro intervento o procedura 4 | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 114-117 | Altro intervento o procedura 5 | AN | 4 | Codice allineato a sinistra e completato con spazi. | OSP |
| 118 | Motivo ricovero DH | AN | 1 | 1=ricovero diurno diagnostico, 2=ricovero diurno chirurgico, 3=ricovero diurno terapeutico, 4=ricovero diurno riabilitativo | FAC |
| 119-121 | Numero giorni in DH | N | 3 | Numero di accessi nel ciclo di trattamento in day hospital | OSP V |
| 122-124 | DRG | AN | 3 | Codice DRG, sempre a 3 cifre | OBB V |
| 125-133 | Importo degenza | N | 9 | Importo del ricovero a carico del SSN | OBB V |
| 134 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione. | OBB |
| 135 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata | |
| 136 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito | |
| 137 | ERR03 Errori sulla prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = DRG non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore 2 = DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito 3 = Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore. 4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta | |
| 138 | ERR04 Caratteristiche del ricovero | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = regime ricovero assente o errato 2 = Reparto dimissione/ammissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto dimissione/ammissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento) 3 = Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 4 = Tipo di ricovero non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH) 5 = più errori concomitanti per questo tipo di errore | |
| 139 | ERR05 Errori sulla chiave del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 3 = ricovero ripetuto effettivo | |

| | | | | | |
|---------|--|----|---|---|-----|
| 140 | ERR06 Errori sull'importo e sulla sua determinabilità | AN | 1 | Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazioni per questo tipo di errore. 0 = nessun errore 1 = Importo assente non valorizzato come numerico 2 = Importo non corrispondente a DRG e tariffa 3 = Importo DH (drg 409 – 410 – 492) non abbattuto in concomitanza somministrazione farmaci oncologici (Allegato B) | |
| 141 | ERR07 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | 0 = nessun errore | |
| 142 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta 2 = Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza. 3 = Data dimissione inferiore alla data ricovero. 4 = In caso di ricovero in DH. numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 5= Ricoveri ordinari per acuti (esclusi i reparti 28, 56, 60,75) la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente. | |
| 143 | ERR09 Errore onere della degenza | AN | 1 | 0= nessun errore 1= importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 4, 9) 2= onere degenza assente o errato | |
| 144 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 145-147 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla Posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | |
| 148-150 | DRG calcolato da regione che riceve l'addebito | AN | 3 | Codice DRG, sempre a 3 cifre, calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO3=2 | OSP |
| 151-158 | Data prenotazione ricovero | AN | 8 | Data della prenotazione del ricovero, da compilarsi per ricoveri diurni e per ricoveri ordinari in caso di ricovero programmato non urgente o con preospedalizzazione. Formato GGMMAAAA | OSP |
| 159-162 | Peso alla nascita | N | 4 | Peso rilevato al momento della nascita, espresso in grammi | OSP |
| 163 | Classe di priorità della prenotazione | AN | 1 | Codice classe di priorità della prenotazione. Può assumere i seguenti valori: A: classe A – ricovero entro 30 giorni; B: classe B – ricovero entro 60 giorni; C: classe C – ricovero entro 180 giorni; D: classe D – ricovero senza attesa massima definita, comunque entro 12 mesi; N: classe non assegnata | OSP |
| 164-172 | Importo calcolato dalla regione che riceve l'addebito | N | 9 | Importo calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO6=2 | OSP |

MEDICINA DI BASE (FLUSSO B)

L'invio del record avviene a cessazione del periodo di assistenza per i periodi infra-annuali e comunque con una chiusura a fine anno per le assistenze che proseguono oltre l'anno. Perché un mese venga considerato in compensazione l'assistenza deve essere durata almeno 15 giorni. Questo vale per tutti i mesi.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di medicina di base si intende la data di inizio assistenza).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4= Utente assistito per tutti i dodici mesi dalla regione di residenza.

Accordo 8 maggio 2003 della Conferenza Stato-Regioni che stabilisce "l'azienda USL che riceve la richiesta provvede all'iscrizione temporanea solo previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi dei medici di medicina generale o pediatri di libera scelta della USL di residenza..."

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

Errori sulla chiave del record (ERR05)

La chiave che è costituita dai campi:

codice regione addebitante, codice ASL/Azienda, ID.

1= Record privo di chiave (Se uno dei campi componenti la chiave risulta essere non valorizzato)

2= Record doppio (quando un record ha la chiave duplicata)

3= Record ripetuto effettivo

L'errore deve essere segnalato quando:

- la stringa dei campi che identificano l'utente coincidono: cognome, nome, codice fiscale (la data di nascita a partire dai dati di attività del 2002) qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank;
- esiste una sovrapposizione tra i periodi di assistenza.

La segnalazione dei ripetuti effettivi deve essere riportata su tutti i record che sono stati identificati come tali.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni.

1= Importo non valorizzato come numerico

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

2= Se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza

L'algoritmo per il calcolo della quantità (mesi di assistenza) deve prevedere che se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella prima quindicina di un mese (dal primo fino al quindicesimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese. Se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella seconda quindicina di un mese (dal sedicesimo fino all'ultimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese successivo. In ogni caso si deve tenere conto che, affinché un mese venga considerato in compensazione, l'assistenza deve durare almeno 15 giorni, valutate le date effettive di inizio e fine assistenza.

| Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Data inizio da utilizzare nell'algoritmo | Data fine da utilizzare nell'algoritmo | Mesi di assistenza |
|-----------------------|---------------------|--|--|--------------------|
| 10.02.2000 | 15.07.2000 | 01.02.2000 | 01.07.2000 | 5 |
| 10.02.2000 | 16.07.2000 | 01.02.2000 | 01.08.2000 | 6 |
| 20.02.2000 | 15.07.2000 | 01.03.2000 | 01.07.2000 | 4 |
| 20.02.2000 | 16.07.2000 | 01.03.2000 | 01.08.2000 | 5 |
| 10.02.2000 | 15.02.2000 | 01.02.2000 | 01.02.2000 | 0 |
| 10.02.2000 | 16.02.2000 | 01.02.2000 | 01.03.2000 | 0 |

Poiché il campo Quantità prevede 3 caratteri anziché 2, il primo carattere deve essere sempre valorizzato a zero (0).

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di cessazione assistenza.

1= se data della prestazione assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza.

Tracciato record File "B"
MEDICINA GENERALE

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|--|------|-------|--|--------------------------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Azienda sanitaria inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-22 | Codice medico erogatore | AN | 16 | Codice regionale o codice fiscale | FAC |
| 23-52 | Cognome dell'assistito | AN | 30 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 53-72 | Nome dell'assistito | AN | 20 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 73-80 | Data di nascita dell'assistito | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB |
| 81 | Sesso dell'assistito | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | FAC |
| 82-88 | Campo vuoto | AN | 7 | Riempire con il carattere "spazio" | |
| 89-104 | Codice fiscale | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 105-110 | Provincia e comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT del comune di residenza | OBB V |
| 111-113 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 114-121 | Data inizio assistenza | AN | 8 | Formato GGMMAAAA Per convenzione si stabilisce che questa data non dovrà essere inferiore al 1 Gennaio dell'anno di riferimento in caso contrario sarà assunta come tale. | OBB V |
| 122-129 | Data di cessazione assistenza | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB V |
| 130-132 | Quantità | N | 3 | Mensilità di assistenza addebitate | OBB V |
| 133-140 | Importo totale | N | 8 | Importo totale dell'addebito (mensilità di addebito moltiplicate per la quota mensile di addebito) | OBB V |
| 141 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione. | OBB |
| 142 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = utente assistito per tutti i dodici mesi dalla regione o P.A. di residenza | |
| 143 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 144 | ERR03 | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0 | |
| 145 | ERR04 | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 146 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = record ripetuto effettivo | |
| 147 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo non valorizzato numerico | |
| 148 | ERR07 Errori su Quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico 2 = se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza o data inizio assistenza non valorizzata | |
| 149 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = data di cessazione assente o formalmente scorretta o non appartenente all'anno di competenza | |
| 150 | ERR09 | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0 | |
| 151 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 152-171 | ID | AN | 20 | Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore | OBB V |
| 172-174 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito | OBB se Pos. Contab. ='3' |

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (FLUSSO C)

Si considerano appartenenti al periodo di riferimento quelle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero, che sono avvenute in una data compresa nel periodo e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel periodo. Nel caso le prestazioni di una stessa ricetta siano a cavallo fra la fine di un periodo e l'inizio di un altro, il periodo di appartenenza è determinato dalla data dell'ultima prestazione erogata.

Le prestazioni degli allegati 2A e 2B del DPCM 29 novembre 2001 sono escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File C1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File C2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Con i dati di attività ogni Regione deve inviare un file che contiene il tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali in vigore per l'anno di riferimento con il seguente tracciato:

| | | | | |
|---------|-------------------------|----|-----|---|
| 1 | Tipo Flusso | AN | 1 | Riportare la lettera "C" che identifica il flusso della Specialistica ambulatoriale |
| 2-4 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito |
| 5-11 | Codice prestazione | AN | 7 | Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale con uso della punteggiatura per tutte le prestazioni ad esso riconducibili, secondo Nomenclatore Tariffario Regionale solo per quelle prestazioni che costituiscono integrazione |
| 12-161 | Descrizione prestazione | AN | 150 | Riportare la descrizione della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale per tutte le prestazioni ad esso riconducibili, secondo Nomenclatore Tariffario Regionale solo per quelle prestazioni che costituiscono integrazione |
| 162-164 | Quantità | N | 3 | 001 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero di prestazioni previste in un ciclo |
| 165-171 | Tariffa | N | 7 | Tariffa della singola prestazione (nel caso di prestazione a ciclo riportare la tariffa della singola prestazione e non quella del ciclo); nel caso di variazione tariffaria nel corso dell'anno riportare la tariffa massima deliberata nell'anno di riferimento |
| 172 | Classe prestazione | AN | 1 | Classe della prestazione L = prestazioni escluse dai LEA A = prestazioni oggetto di accordo tra Regioni confinanti R = restanti prestazioni |
| 173-174 | Branca specialistica | AN | 2 | Branca specialistica |

Il file contenente il tariffario delle prestazioni ambulatoriali deve essere denominato:

TAAC.rrr

dove:

T Tipo file T = Tariffario

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

Il mancato invio di questo file per il controllo tariffario può generare la contestazione dell'intero flusso.

Anno 2014

Per la valorizzazione delle prestazioni si applicano ancora le tariffe regionali.

Anni 2015 – 2016 - 2017

Si applicano le tariffe del DM 18 ottobre 2012 alle prestazioni il cui codice coincide o è stato ricondotto a quello nazionale e le tariffe regionali alle prestazioni il cui codice non trova riscontro nel nomenclatore nazionale.

Per i codici regionali ricondotti a quelli del DM occorre riportare nel tracciato il codice del DM e la corrispondente tariffa nazionale.

Per consentire i controlli sulle tariffe della specialistica ambulatoriale è necessario che ciascuna regione compili il campo “Codifica nomenclatore” contrassegnando:

- **con la lettera “N” (maiuscola) solo le prestazioni per cui sono state applicate le tariffe del DM 2012, per tutti questi casi anche il codice prestazione indicato deve corrispondere al codice del nomenclatore nazionale in base al quale la prestazione è stata tariffata- - tutte le righe contrassegnate con N saranno controllate utilizzando le tariffe del nomenclatore nazionale;**
- **con la lettera alfabetica minuscola che identifica la regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale, tutte le residue prestazioni che non hanno potuto essere ricondotte al tariffario del DM 2012 quindi sono state valorizzate con le tariffe regionali, per questi casi il codice prestazione deve essere il codice della prestazione individuato dal nomenclatore regionale - tutte le righe contrassegnate con la lettera alfabetica minuscola che identifica la regione saranno controllate utilizzando le tariffe trasmesse nei nomenclatori regionali;**

Si invitano le regioni a prestare particolare attenzione ad una corretta compilazione del campo “codifica nomenclatore” in quanto è determinante per individuare quale tariffario (nazionale o regionale) utilizzare per effettuare i controlli sulla valorizzazione.

Come indicato dalla Commissione Salute del 12 ottobre 2011 si stabilisce che sia la regione erogatrice a trattenere la quota di compartecipazione alla spesa aggiuntiva introdotta con la manovra di Luglio 2011. Questo comporta che, per tutti i flussi su cui incide la manovra ticket, il valore addebitato non tenga conto del “ticket aggiuntivo”. Nella pratica nulla cambia rispetto al passato, pertanto la compilazione dei tracciati andrà effettuata nel seguente modo: il campo ticket dovrà contenere soltanto la quota ticket ante manovra di luglio (senza quota aggiuntiva), il campo importo totale della riga 99 dovrà essere calcolato come somma delle righe zn - ticket.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili, è, in ogni caso, obbligatorio inserire la data di nascita.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo e il Codice Fiscale, deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato; rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente

corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di specialistica ambulatoriale si intende la data della prestazione; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata (la ricetta non può essere contestata se anche una sola prestazione fa parte dell'elenco ed il nominativo è ANONIMO).

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:

- pazienti affetti da HIV con codici esenzione 020 Infezione da HIV oppure B01 Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 le.B del D.Lgs 124/98):
- pazienti affetti da HIV con erogazione delle seguenti prestazioni:
 - 91.22.2= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi qualitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
 - 91.22.3= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi quantitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
 - 91.22.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi
 - 91.22.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
 - 91.23.1= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
 - 91.23.2= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi anti antigene P24 (E.I.A.)
 - 91.23.3= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 (E.I.A.)
 - 91.23.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 da colture linfocitarie (E.I.A.)
 - 91.23.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 2] anticorpi immunoblotting (saggio di conferma)
 - eventuali codici regionali segnalati in fase di addebito
- pazienti affetto da dipendenza: in presenza di codice esenzione 014 Dipendenza (conferma) da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool.

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

Per il 'codice prestazione' deve essere utilizzata la codifica del Nomenclatore nazionale ed è obbligatorio l'utilizzo della punteggiatura; i codici regionali devono essere utilizzati solo nel caso in cui essi costituiscono un'integrazione del Nomenclatore nazionale. In entrambi i casi è obbligatoria la compilazione del tipo di nomenclatore che, per i codici previsti dal D.M. del 22/07/1996 e successive modifiche sarà N, mentre per i codici regionali sarà il valore della codifica del Nomenclatore riportato nella tabella.

3= Prestazione esclusa dai LEA. Si riporta l'elenco minimo di prestazioni LEA dell'allegato 2A

| Codice prestazione | Descrizione prestazione |
|--------------------|---|
| 93.31.1 | ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA |
| 93.31.2 | ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA |
| 93.31.3 | IDROMASSOTERAPIA |
| 93.33.1 | GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA |
| 93.33.2 | GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA |
| 93.34.1 | DIATERMIA AD ONDE CORTE |
| 93.35.1 | AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE |
| 93.35.4 | IPERTERMIA NAS |
| 93.39.3 | PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERMIA INTERMITTENTE |
| 93.43.1 | TRAZIONE SCHELETRICA |
| 99.27 | IONOFORESI |
| 99.29.7 | MESOTERAPIA (esclusa antalgica) |

Errori su tipo erogazione/ricetta (ERR04)

1= Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga 99)

4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe zn.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.
 - 1 = Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico
 - 2 = Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99
 - 3 = Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.
 - 4= Valore di 'Importo totale' della riga 99 superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da 99 meno l'importo Ticket della riga 99
 - 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa (solo sulle righe zn)

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo.

- 1= Data prestazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza).
- 2= Data erogazione concomitante al periodo di ricovero (Ricovero Ordinario) esclusa Data ricovero e Data dimissione

Errori sulla ricetta (ERR09).

Lo stesso numero di ricetta SSN (tipo erogazione=S) ma con ID diverso è da intendersi come ricetta duplicata effettiva.

1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette con lo stesso numero).

racciato record File "C"
SPECIALISTICA AMBULATORIALE

FILE C1 - dati anagrafici

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|---------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Codice struttura erogatrice | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB |
| 13-28 | Medico prescrittore | AN | 16 | Codice regionale o fiscale | FAC |
| 29-58 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 59-78 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 79-94 | Campo vuoto | AN | 16 | Riempire con spazi | |
| 95-110 | Codice fiscale dell'utente | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 111 | Sesso dell'utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | OBB |
| 112-119 | Data di nascita dell'utente | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB |
| 120-125 | Provincia e Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT del Comune di residenza | OBB V |
| 126-128 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 129-130 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga. | OBB V |
| 131-150 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |

FILE C2 - dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codic |
|-------|------------------------------|------|-------|--|-------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Codice struttura erogatrice | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB |
| 13-28 | Numero ricetta | AN | 16 | Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco | OBB |
| 29-30 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore", "Codice Prestazione" e "Codice Disciplina unità operativa erogatrice" Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa. | OBB V |
| 31-38 | Data | AN | 8 | Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo . | OBB V |
| 39 | Codifica nomenclatore | AN | 1 | 2014 Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali ANNI 2015-2016-2017 Codificare con "N" (maiuscola) se la prestazione è stata tariffata con le tariffe del DM 2012 per tutti questi casi anche il codice prestazione indicato deve corrispondere al codice del DM; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se la prestazione è stata tariffata utilizzando tariffe regionali - per questi casi il codice prestazione deve essere il codice della prestazione individuato dal nomenclatore regionale | OBB V |
| 40-46 | Codice prestazione | AN | 7 | Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori | OBB V |

| | | | | | |
|-------|--|----|---|--|-------|
| 47-49 | Quantità | N | 3 | 1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate | OBB V |
| 50-51 | Posizione dell'utente nei confronti del ticket | AN | 2 | Usare la seguente codifica per le ricette SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente | OBB |
| 52-58 | Importo ticket | N | 7 | Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve | OBB |

| | | | | | |
|--------|---|----|----|---|--------------------------|
| | | | | riporta l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011) | |
| 59-66 | Importo totale | N | 8 | Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa. | OBB V |
| 67 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni : A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione. | OBB |
| 68 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata | |
| 69 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 70 | ERR03 Errori sulla prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dai LEA | |
| 71 | ERR04 Errori sulla ricetta | AN | 1 | 0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99) | |
| 72 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'. | |
| 73 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn) | |
| 74 | ERR07 Errori su quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn) | |
| 75 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza) 2 = data di erogazione concomitante al periodo di ricovero (RO) esclusa data ricovero e data dimissione | |
| 76 | ERR09 Errori sulla ricetta | AN | 1 | 0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette con lo stesso numero). | |
| 77 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 78-97 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |
| 98-100 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab.= '3' |

| | | | | | |
|---------|--|----|---|--|-------|
| 101-102 | Tipo erogazione | AN | 2 | Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99 | OBB V |
| 103-105 | Codice disciplina unità operativa erogatrice | AN | 3 | Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn | FAC |
| 106 | Classe di priorità della prenotazione | AN | 1 | Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99 | FAC |
| 107-112 | Codice esenzione | AN | 6 | Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99 | OBB |
| 113 | Tipo struttura | N | 1 | 1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe | OBB |

FARMACEUTICA (FLUSSO D)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo di riferimento le ricette spedite in una data compresa nell'anno. Non sono accettabili ricette presentate al pagamento in anni precedenti a quello di riferimento.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File D1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File D2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Come indicato dalla Commissione Salute del 12 ottobre 2011 si stabilisce che sia la regione erogatrice a trattenere la quota di compartecipazione alla spesa aggiuntiva introdotta con la manovra di Luglio 2011. Questo comporta che, per tutti i flussi su cui incide la manovra ticket, il valore addebitato non tenga conto del "ticket aggiuntivo". Nella pratica nulla cambia rispetto al passato, pertanto la compilazione dei tracciati andrà effettuata nel seguente modo:

il campo ticket dovrà contenere soltanto la quota ticket ante manovra di luglio (senza quota aggiuntiva), il campo importo totale della riga 99 dovrà essere calcolato come somma delle righe zn - ticket.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo e il Codice Fiscale, deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno.

Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per la farmaceutica si intende la data di erogazione del farmaco; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata (la ricetta non può essere contestata se anche un solo farmaco fa parte dell'elenco ed il nominativo è ANONIMO)

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:

- pazienti affetti da HIV: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC J05 Antivirali iniettabili (con esclusione di J05AB04 – J05AF08 – J05AF10 - J05AF11 – J05AH01 – J05AH02 – J05AE10 – J05AE11 in quanto farmaci con indicazione diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa)
- pazienti affetti da dipendenza da stupefacenti: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente ai codici ATC N07BC01 o N07BC02 Farmaci usati nelle dipendenze da stupefacenti
- pazienti affetti da dipendenza da alcool: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nelle dipendenze da alcool

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice provincia di residenza mancante o errato

E' da considerarsi come dato minimo obbligatorio quello della Provincia. Devono essere valorizzati i primi tre caratteri del campo Comune di residenza ed impostando a valore zero i rimanenti 3 caratteri del campo stesso.

2= Provincia di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice farmaco non valorizzato o non esistente su tabella relativa (codice MINSAN10, 9 caratteri allineati a sinistra).

In caso di mancanza del codice MINSAN10 si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno la codifica V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas)
- per i vaccini iposensibilizzanti la codifica: IPO
- per i preparati galenici la codifica: GAL

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga 99)

4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe zn.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico

2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99

3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.

4= Valore di 'Importo totale' della riga '99' superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da '99' meno l'importo Ticket della riga '99'

Il campo Importo ticket può contenere sia il ticket, nel caso in cui una regione lo abbia introdotto, sia la differenza tra il costo del farmaco e quello del generico corrispondente, cioè la quota a carico del cittadino; nel caso in cui questa quota non sia presente il campo deve essere compilato comunque secondo le regole previste per i campi con valorizzazione in Euro.

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn).

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia

1= La data di erogazione è assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza).

Errore sulla ricetta (ERR09).

Lo stesso numero ricetta ma con ID diverso è da intendersi come ricetta duplicata effettiva.

1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso.

Tracciato record File "D"
FARMACEUTICA

FILE D1 - dati anagrafici

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|---------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Presidio erogatore | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice (farmacia) | FAC |
| 13-28 | Medico proscrittore | AN | 16 | Codice regionale o fiscale | FAC |
| 29-58 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscole | FAC |
| 59-78 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscole | FAC |
| 79-94 | Campo vuoto | AN | 16 | Riempire con spazi | |
| 95-110 | Codice fiscale | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 111 | Sesso dell'utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | FAC |
| 112-119 | Data di nascita dell'utente | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB |
| 120-125 | Provincia o Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT della Provincia o del Comune di residenza. Per la Provincia valorizzare i primi tre caratteri con il codice ISTAT ed i restanti tre con "000" | OBB V |
| 126-128 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 129-130 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga. | OBB V |
| 131-150 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |

FILE D2 - dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|-------|------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. ULSS/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Presidio erogatore | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice (farmacia) | FAC |
| 13-28 | Numero ricetta | AN | 16 | Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN Il campo non deve essere compilato solo nei seguenti casi: ricettari degli stupefacenti, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei) | OBB |
| 29-30 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa. | OBB V |
| 31-38 | Data erogazione del farmaco | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB V |
| 39-47 | Codice farmaco | AN | 9 | Riportare il codice del farmaco distribuito. Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: V03AN01 per l'ossigeno (sia liquido che gassoso) GAL per i farmaci galenici IPO per i farmaci iposensibilizzanti | OBB V |
| 48 | Ticket | AN | 1 | 0= Regione che non ha introdotto il Ticket 1= Regione che ha introdotto il Ticket | OBB |
| 49-51 | Quantità | N | 3 | Deve essere inserito il numero di pezzi prescritti per ricetta Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2, tranne i seguenti casi: - esenzione per patologia per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3; - prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per fleboclisi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6; - prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6; | OBB |

| | | | | | |
|---------|--|----|----|---|--------------------------|
| | | | | - se codice specialità =ossigeno. | |
| 52-53 | Posizione dell'utente nei confronti del ticket | AN | 2 | Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente | FAC |
| 54-60 | Importo ticket | N | 7 | Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011) | OBB V |
| 61-68 | Importo totale | N | 8 | Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.. Sulle righe zn va riportato il prezzo al netto dello sconto (l'addebito da effettuare è dato dal costo effettivamente sostenuto) | OBB V |
| 69 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione. | OBB |
| 70 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata | |
| 71 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 72 | ERR03 Errori sulla prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice) | |
| 73 | ERR04 Errori sulla ricetta | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 74 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99 | |
| 75 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn) | |
| 76 | ERR07 Errori su Quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn) | |
| 77 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn | |
| 78 | ERR09 Errore sulla ricetta | AN | 1 | 0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso. | |
| 79 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 80-99 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |
| 100-102 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab.= '3' |
| 103-104 | Tipo modulo | AN | 2 | 01 = ricetta unica SSN 02 = ricettari degli stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei) da verificare se rispetto alla normativa nazionale Valorizzare sulla riga 99. | OBB |
| 105-110 | Codice esenzione ticket | AN | 6 | Se campo posizione utente nei confronti del ticket = 01 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale. Valorizzare sulla riga 99. | FAC |

ATTIVITA' CURE TERMALI (FLUSSO E)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo quelle che sono avvenute in una data compresa nell'anno, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nell'anno, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File E1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File E2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Il coordinamento del gruppo tecnico invierà annualmente una tabella per i controlli tariffari sulle prestazioni termali con il seguente tracciato:

| | | | | |
|---------|-------------------------|----|-----|--|
| 1 | Tipo Flusso | AN | 1 | Riportare la lettera "E" che identifica il flusso delle Cure Termali |
| 2-8 | Codice prestazione | AN | 7 | Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale |
| 9-158 | Descrizione prestazione | AN | 150 | Riportare la descrizione della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale |
| 159-161 | Quantità | N | 3 | 001 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero di prestazioni previste in un ciclo |
| 162-168 | Tariffa | N | 7 | Tariffa della singola prestazione (nel caso di prestazione a ciclo riportare la tariffa della singola prestazione e non quella del ciclo); nel caso di variazione tariffaria per categorie di stabilimenti riportare la tariffa massima nell'anno di riferimento |

La tabella conterrà anche i codici delle prestazioni non termali complementari ed accessorie che l'accordo nazionale consente di erogare agli assistiti INPS e INAIL.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le cure termali si intende la data di inizio cura).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

Per la compilazione del campo 'Codice prestazione' deve essere utilizzata la codifica del Nomenclatore nazionale ed è obbligatorio l'utilizzo della punteggiatura; è obbligatoria la compilazione del codice nomenclatore.

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99')

4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico

2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99

3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.

4= Valore di 'Importo totale' della riga 99 superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da 99 meno l'importo Ticket della riga 99

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo.

1= Data prestazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)

Tracciato record File "E"
CURE TERMALI

FILE E1 - dati anagrafici

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|---------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. USL/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Presidio erogatore | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB |
| 13-28 | Medico proscrittore | AN | 16 | Codice regionale o fiscale | FAC |
| 29-58 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 59-78 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 79-94 | Campo vuoto | AN | 16 | Riempire con spazi | |
| 95-110 | Codice fiscale dell'utente | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 111 | Sesso dell'utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | OBB |
| 112-119 | Data di nascita dell'utente | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB |
| 120-125 | Provincia e Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente | OBB V |
| 126-128 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 129-130 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga. | OBB V |
| 131-150 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |

FILE E2 - dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|-------|------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. USL/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-12 | Presidio erogatore | AN | 6 | Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006 | OBB |
| 13-17 | Diagnosi | AN | 5 | Codifica ICD-9 | OBB |
| 18-33 | Numero ricetta | AN | 16 | Nel caso in cui la tipologia della modulistica prescrittiva è: 01= ricetta unica SSN Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. il codice a barre è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da: Codice regione (numerico di 3) Anno (numerico di 2) Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo). Nel caso in cui tipo modulo <> 01 non compilare | OBB |
| 34-35 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore" e "Codice Prestazione". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa. | OBB V |
| 36-43 | Data termine cura | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB V |
| 44 | Codifica nomenclatore | AN | 1 | Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale per le prestazioni accessorie INPS, INAIL che hanno un codice di specialistica ambulatoriale. | OBB V |
| 45-51 | Codice prestazione | AN | 7 | Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale; per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste in apposito documento | OBB V |
| 52-54 | Quantità | N | 3 | Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo | OBB V |

| | | | | | |
|---------|---|----|----|--|--------------------------|
| 55-56 | Posizione del paziente nei confronti del ticket | AN | 2 | Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente 03 = esente con pagamento quota ricetta (quota euro 3,10) | OBB |
| 57-63 | Importo ticket | N | 7 | Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket) | OBB V |
| 64-71 | Importo totale | N | 8 | Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente. | OBB V |
| 72 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva | OBB |
| 73 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria | |
| 74 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 75 | ERR03 Errori sulla prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) | |
| 76 | ERR04 Riservato per usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 77 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99 | |
| 78 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn) | |
| 79 | ERR07 Errori su Quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn) | |
| 80 | ERR08 Errori sulla data della prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn | |
| 81 | ERR09 Riservato per usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 82 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 83-102 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |
| 103-105 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab.= '3' |
| 106-107 | Tipo modulo | AN | 2 | 01= ricetta unica SSN; 02 = INAIL; 03 = INPS Valorizzare sulla riga 99 | OBB V |
| 108-115 | Data inizio cura | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OBB V |
| 116-121 | Codice esenzione ticket | AN | 6 | Se campo posizione del paziente nei confronti del ticket = 01 o 03 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale Valorizzare sulla riga 99 | OBB |

FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F)

La legge 405 del 2001 e disposizioni normative successive, hanno consentito alle Regioni di attivare, per i farmaci che il paziente utilizza al proprio domicilio, modalità di distribuzione alternativi all'acquisizione presso le farmacie convenzionate.

Per rendere omogenea a livello interregionale l'identificazione della casistica in esame si segnalano di seguito le diverse tipologie di prestazioni per le quali deve essere utilizzato il File "F" al fine del rimborso dei farmaci.

L'addebito da effettuare per la somministrazione diretta dei farmaci è dato dal costo effettivamente sostenuto dall'Azienda sanitaria erogante.

EROGAZIONE DIRETTA

Ai sensi dell'art. 8 della legge 405/01 e dell'allegato 2 alla determinazione AIFA del 29/10/2004 (G.U. n.259 del 4/11/2004) sono compensabili tutti i farmaci a carico del S.S.N:

1. consegnati al paziente in dimissione da ricovero o da visita specialistica;
2. erogati a pazienti cronici o soggetti a controlli e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, ecc) e necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali, che vengono erogati direttamente per un consumo al domicilio;
3. distribuiti "per conto" attraverso accordi con farmacie aperte al pubblico
4. tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare;
5. i farmaci erogati nelle residenze, semiresidenze e carcere
6. i farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96, in erogazione diretta; la L. 648/96 consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate. Gli elenchi dei farmaci erogabili vengono periodicamente aggiornati dall'AIFA. Per i codici dei farmaci esteri l'anagrafica di riferimento è quella pubblicata dal Ministero della Salute nell'ambito della rilevazione NSIS-Distribuzione diretta o per conto.

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune delle principali tipologie di farmaci somministrati direttamente, oggetto di compensazione:

Farmaci erogati per la somministrazione al domicilio, con regime di rimborsabilità H e regime di fornitura OSP2, RR, RNR, RRL.

Si tratta di farmaci soggetti a prescrizione medica limitativa utilizzabili in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile o in ambito extraospedaliero secondo disposizioni regionali e che, possono essere dispensati per trattamenti prolungati anche a domicilio.

Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico.

Si tratta di farmaci indicati nel Prontuario della distribuzione diretta (PHT) di cui alla determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successive integrazioni.

Medicinali antiplastici per cui è previsto, ai sensi del comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n° 448, il solo utilizzo domiciliare.

FARMACI SOMMINISTRATI IN RICOVERO

Per i farmaci somministrati in regime di ricovero (Ordinario o Day Hospital) non può essere richiesto nessun rimborso.

Le sole eccezioni sono costituite da:

- Farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita (vedi elenco allegato A);

- Farmaci ad elevato costo: Il gruppo dei farmacisti ha definito l'elenco dei farmaci oncologici che potranno, a decorrere dall'attività 2010, essere addebitati nel File F da ciascuna Regione (allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo) e i relativi criteri di addebito:

Ricoveri:

Potranno essere inviati in compensazione nel file F i farmaci in elenco utilizzati durante i DH per i DRG 409, 410 e 492; in tal caso la tariffa di tali DRG dovrà essere abbattuta del 90%. L'abbattimento deve essere applicato a tutti gli accessi.

Specialistica:

- Nel caso di farmaci appartenenti all'elenco:
 - le Regioni che hanno rimodulato la tariffa della prestazione specialistica dovranno abbatterla del 90% rendicontando in file F il farmaco utilizzato.
 - le Regioni che non hanno rimodulato la tariffa addebiteranno invece la prestazione specialistica a tariffa piena e il farmaco nel File F.
- Nel caso di farmaci non appartenenti all'elenco:
 - le Regioni che hanno rimodulato la tariffa della prestazione specialistica dovranno addebitarla a tariffa piena e non addebitare in file F il farmaco utilizzato.
 - le Regioni che non hanno rimodulato la tariffa addebiteranno invece la prestazione specialistica a tariffa piena e il farmaco nel File F.

FARMACI UTILIZZATI IN REGIME AMBULATORIALE

E' soggetta a compensazione interregionale la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali (se non compresi nella tariffa della prestazione). Sono compresi anche i prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 (vedi allegato C).

Al riguardo si precisa che, con decreto del Ministero della Salute 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del S.S.N. e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 dell'1 aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato.

Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici:

Nel File "F" in tutti i casi sopra indicati in caso di mancanza del codice MINSAN10 e se non indicato diversamente, per il campo "codice del farmaco" si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas) (indicazione contenuta nelle specifiche tracciati flusso NSIS riferito all'erogazione diretta, per conto)
- per i preparati iposensibilizzanti la codifica IPO
- per i preparati galenici la codifica: l'anagrafica di riferimento è quella pubblicata dal Ministero della Salute nell'ambito della rilevazione NSIS-Distribuzione diretta o per conto.

Farmaci innovativi per epatite C

Per gli anni 2015 e 2016 dovranno essere azzerati gli importi riferiti ai farmaci innovativi di cui alla nota AIFA del 25 gennaio 2016 avente ad oggetto "Comunicazione AIFA in attuazione di quanto previsto all'art.3 del DM Salute 9 ottobre 2015, sui farmaci innovativi emanato ai sensi dell'art.1 comma 594, legge di stabilità 2015".

Si riporta di seguito l'elenco dei medicinali innovativi il cui importo deve essere azzerato.

| Specialità medicinale | AIC |
|------------------------------|------------------|
| SOVALDI | 043196017 |
| DAKLINZA | 043542036 |
| DAKLINZA | 043542048 |
| DAKLINZA | 043542012 |
| HARVONI | 043731013 |

| | |
|----------|-----------|
| EXVIERA | 043840014 |
| VIEKIRAX | 043841016 |
| KALYDECO | 043519026 |
| KALYDECO | 043519014 |
| *OLYSIO | 043441017 |
| *OLYSIO | 043441029 |

**Olysis inserito nel fondo degli innovati a partire dal 27 giugno 2015*

Allegato A - i farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita. La Tabella dell'anno 2011, già confermata dalla Commissione Salute del 27/03/2013, è stata integrata con i codici ATC conseguenti all'immissione in commercio di nuovi principi attivi, nuove confezioni o nuovi dosaggi.

| Codice ATC | Descrizione Principio attivo |
|------------|---|
| B02BB01 | Fibrinogeno |
| B02BD01 | Complesso protrombinico |
| B02BD01 | Complesso protrombinico Fattore II, FATTORE VII, IX, X, Proteina C, Proteina S |
| B02BD02 | Fattore VIII rDNA Octocog alfa efmorocog/simotocog/morotocog/turoctocog alfa |
| B02BD02 | Fattore VIII di coagulazione |
| B02BD03 | Inibitore bypassante l'attività del fattore VIII |
| B02BD04 | Fattore IX di coagulazione (nonacog alfa/ albutrepenonacog alfa/ eftrenonacog alfa) |
| B02BD04 | fattore IX di coagulazione del sangue umano liofilizzato |
| B02BD05 | Fattore VII di coagulazione |
| B02BD06 | Fattore VIII umano di coagulazione + fattore di von Willebrand |
| B02BD07 | Fattore XIII di coagulazione del sangue |
| B02BD08 | Eptacog alfa (attivato) |
| B02BD11 | Catridecacog (Fattore XIII di coagulazione, ricombinante) |
| B02BD14 | Susoctocog fattore VIII porcino ricombinante |
| B05AA02 | Altre frazioni proteiche plasmatiche |

REGOLE PER IL 2017- FARMACI INNOVATIVI

In attuazione a quanto previsto dall'art.1 commi 400 e 401 della Legge 232/2016 e facendo seguito all'Intesa della Conferenza Stato - Regioni del 21 dicembre 2017, **per l'anno 2017** dovranno essere azzerati gli importi riferiti ai farmaci innovativi di cui al comma 400, mentre saranno inviati in compensazione nel file F i farmaci innovativi oncologici di cui al comma 401, inserendo il prezzo rilevato nei flussi informativi regionali che alimentano NSIS.

Tale regola si applica ai farmaci erogati dalle Regioni a statuto ordinario compresa la Sicilia a favore di pazienti residenti nelle regioni a statuto ordinario e Sicilia. Per quanto riguarda le Regioni a statuto speciale (escluso la Sicilia) e le Province Autonome di Trento di Bolzano, la regolazione della spesa per i farmaci innovativi di cui sopra - commi 400 e 401- avviene tramite fatturazione diretta tra gli Enti del SSN (sia nel caso di erogazione nei propri territori sia per i propri residenti ovunque sia stato erogato il farmaco).

Per il 2018 i farmaci innovativi di cui ai commi 400 e 401 andranno in compensazione ad importo 0, mentre permangono invariate le regole sulla fatturazione diretta tra e con le Regioni a statuto speciale (esclusa la Sicilia) e province autonome.

Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – anni 2014-2015-2016-2017. Dal 2014 l'elenco è aggiornato con i medicinali oncologici infusionali soggetti a registro di monitoraggio AIFA

| ATC V° LIVELLO | Descrizione Principio attivo | Rif. GU | entrata in vigore GU | FONDO INNOVATIVI (L.232/2016, art.1, comma 401) |
|-------------------|---|--------------------------|-------------------------|---|
| L01AD05 | Fotemustina | | | |
| L01BA04 | Pemetrexed | | | |
| L01BB04 | cladribina | | | |
| L01BB06 | Clofarabina | | | |
| L01BB07 | Nelarabina | | | |
| L01BC07 | Azacitidina | | | |
| L01BC08 | Decitabina | GU n. 252 del 29-10-2014 | 14.11.2014 | |
| L01CA05 | Vinflunina | | | |
| L01CD04 | Cabazitaxel | | | |
| L01CX01 | Trabectedina | | | |
| L01DB01 | Doxorubicina cloridrato (pegilato) 033308014, 033308038 | | | |
| L01DB01 | Doxorubicina cloridrato (liposomiale) 035189012 | | | |
| L01XC02 | Rituximab | | | |
| L01XC03 | Trastuzumab | | | |
| L01XC06 | Cetuximab | | | |
| L01XC07 | Bevacizumab | | | |
| L01XC08 | Panitumumab | | | |
| L01XC09 | Catumaxomab | | | |
| L01XC10 | Ofatumumab | | | |
| L01XC11 | Ipilimumab | | | |
| L01XC12 | Brentuximab vedotin | | | |
| L01XC13 | Pertuzumab | GU n. 143 del 23-06-2014 | 8.7.2014 | Innovativo fino al 7/7/2017* |

| ATC V° LIVELLO | Descrizione Principio attivo | Rif. GU | entrata in vigore GU | FONDO INNOVATIVI (L.232/2016, art.1, comma 401) |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| L01XC14 | Trastuzumab emtansine | GU n. 224 del 26-09-2014 | 11.10.2014 | |
| L01XE09 | Temsirolimus | | | |
| L01XX08 | Pentostatina | | | |
| L01XX27 | Arsenico triossido | GU n. 158 del 10-07-2014 | 25.7.2014 | |
| L01XX32 | Bortezomib | | | |
| L01XX41 | Eribulina | GU n. 296 del 21-12-2011 | 05.01.2012 | |
| L01XX44 | Aflibercept (ZALTRAP) | GU n. 224 del 26-09-2014 | 11.10.2014 | |
| L03AX15 | Mifamurtide | GU n .297 del 21-12-2010 | 05.01.2011 | |
| L03AX16 | Plerixafor | GU n. 274 del 24-11-2011 | 29.11.2011 | |
| V10XX02 | Ibritumomab Tiuxetano | GU n. 140 del 18-06-2005 | 19.6.2005 | |

(*) Il Pertuzumab è nell'elenco degli innovativi oncologici fino al 7/7/2017 e pertanto dopo tale data segue la regola dei farmaci oncologici ad elevato costo.

Integrazione Allegato B Farmaci oncologici ad elevato costo - Anno 2016-2017

| ATC V° LIVELLO | Descrizione Principio attivo | Rif. GU | entrata in vigore GU | FONDO INNOVATIVI (L.232/2016, art.1, comma 401) |
|----------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------|---|
| L01CD01 | Paclitaxel albumina 039399011 | GU 30 del 6 febbraio 2015 | 21.02.2015 | Innovativo per l'indicazione pancreas** |
| L01XC17 | Nivolumab in 648 | GU 220 del 22 settembre 2015 | 23.09.2015 | |
| L01XC21 | Ramucirumab | GU n.238 del 13 ottobre 2015 | 28.10.2015 | |
| V10XX03 | Radium – 223 dicloruro | GU n.121 del 27 maggio 2015 | 11.06.2015 | |
| L01XC17 | Nivolumab | GU 70 del 24 marzo 2016 | 25.03.2016 | Innovativo per tutte le indicazioni |
| | | GU 43 del 21 febbraio 2017 | 22.02.2017 | |
| L01XC18 | Pembrolizumab | G.U 108 del 10 maggio 2016 | 11.05.2016 | Innovativo per tutte le indicazioni |
| | | GU 181 del 4 agosto 2017 | 5.08.2017 | |
| L01XC 19 | Blinatumumab | GU 45 del 23 febbraio 2017 | 24.02.2017 | |
| L01XX 45 | Carfilzomib | GU 231 del 3 agosto 2016 | 4.10.2016 | |
| L01XC 23 | Elotuzumab | GU 74 del 29 marzo 2017 | 14.03.2017 | |
| L01XC 15 | Obinutuzumab | GU 203 del 31 agosto 2017 | 15.09.2017 | |
| L01XC27 | Olaratumab | GU 169 del 21 luglio 2017 | 5.08.2017 | |
| L01XC24 | Daratumumab | GU 153 del 03 luglio 2017 | 18.07.2017 | |

(**) Il Paclitaxel albumina per l'anno 2017 segue la regola dei farmaci oncologici ad elevato costo non essendo possibile nei flussi amministrativi individuare la quota legata all'innovatività.

Tabella - Altri Farmaci INNOVATIVI oncologici (orali)

(Fondo innovativi oncologici dal 1.1.2017, legge n. 232 11.12.2016, art. 1 comma 401)

| | | |
|-----------------------|-----------|---|
| Zydelig (idelalisib) | 043620018 | GU 198 del 27/8/2015 |
| Zydelig (idelalisib) | 043620020 | GU 198 del 27/8/2015 |
| Imbruvica (ibrutinib) | 043693011 | GU 296 del 21/12/2015 GU 231 del 3/10/2016 |
| Imbruvica (ibrutinib) | 043693023 | GU 296 del 21/12/2015 GU 231 del 3/10/2016 |

Tabella - Farmaci innovativi (Fondo innovativi dal 1.1.2017, legge n. 232 11.12.2016, art.1 comma 400)

| Specialità medicinale | AIC | | NOTE |
|-----------------------|------------------|--|---|
| SOVALDI | 043196017 | | riclassificazione in classe C a partire dalla data del 02/06/17 |
| DAKLINZA | 043542036 | | |
| DAKLINZA | 043542048 | | |
| DAKLINZA | 043542012 | | |
| HARVONI | 043731013 | | riclassificazione in classe C a partire dalla data del 02/06/17 |
| EXVIERA | 043840014 | | |
| VIEKIRAX | 043841016 | | |
| KALYDECO | 043519026 | | Nuova indicazione GU 73/2017 (Mutazione R117H nel gene CFTR) |
| KALYDECO | 043519014 | | Nuova indicazione GU 73/2017 (Mutazione R117H nel gene CFTR) |
| KALYDECO | 043519038 | | Nuova indicazione terapeutica e nuove formulazioni G.U. n.75/2017 (bb di età pari o superiore a 2 anni) |
| KALYDECO | 043519040 | | Nuova indicazione terapeutica e nuove formulazioni G.U. n.75/2017 (bb di età pari o superiore a 2 anni) |
| OLYSIO | 043441017 | | inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 27 giugno 2015 |
| OLYSIO | 043441029 | | inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 27 giugno 2015 |
| ZEPATIER | 044929014 | | GU 28 del 3/2/2017 |
| EPCLUSA | 044928012 | | GU 96 del 26/4/2017 |
| MAVIRET | 045445018 | | GU 226 del 27/9/2017 |
| STRIMVELIS | 044880019 | | GU 178 dell'1/08/2016 |
| SPINRAZA | 045426018 | | GU 226 del 27/09/2017 |

Allegato C- (in vigore fino al 30 giugno 2016) - prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 e dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003

| Codice | Descrizione accordo Stato/Regioni | Tariffa Euro |
|---------------|--|---------------------|
| 99736 | Concentrato eritrocitario (280 ml +/- 20%) | 153,00 |
| 99737 | Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente | 210,00 |
| 99739 | Plasma fresco congelato (congelato entro sei ore dal prelievo) (250 ml +/- 20%) | 20,00 |
| 99738 | Unità di plasma da aferesi (non inferiore a 500 ml) | 161,00 |
| 99745 | Unità di plasma da prelievo multicomponente (non inferiore a 300 ml) | 52,00 |
| 99741 | Concentrato piastrinico da singola unità (0,6 x 10 elevato alla 11ª potenza piastrine) | 23,00 |
| 99744 | Concentrato piastrinico da pool di buffy coat (2,5*10 elevato alla 11ª potenza piastrine) | 115,00 |
| 99742 | Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 elevato alla 11ª potenza piastrine) | 438,00 |
| 99743 | Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente (2*10 elevato alla 11ª potenza piastrine) | 288,00 |
| 99746 | Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 elevato alla 10ª potenza granulociti) | 468,00 |
| 99722 | Concentrato di cellule staminali da aferesi (incluso il conteggio delle cellule staminali in citofluorimetria) | 640,00 |
| 99717 | Crioprecipitato (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI) | 37,00 |
| 99733 | Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità | 70,00 |
| 99716 | Rimozione del buffy coat per unità | 5,00 |
| 99754 | Deleucocitazione mediante filtrazione in linea | 40,00 |
| 99712 | Deleucocitazione mediante filtrazione fuori linea (per ogni filtro impiegato) | 50,00 |
| 99755 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine) | 280,00 |
| 99756 | Criopreservazione cellule staminali da aferesi | 510,00 |
| 99714 | Lavaggio cellule manuale | 41,00 |
| 99715 | Lavaggio cellule con separatore | 80,00 |
| 99718 | In attivazione virale del plasma (250ml +/- 20%) | 60,00 |
| 99713 | Irradiazione | 38,00 |

Allegato C- (in vigore dal 1° luglio 2016) - prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 e dell'accordo Stato-Regioni del 20 ottobre 2015

| Codice | Descrizione Accordo Stato/Regioni | Tariffa Euro |
|--------|--|--------------|
| | EMOCOMPONENTI AD USO TRASFUSIONALE (unità)* | |
| 99757 | Concentrato eritrocitario privato del buffy-coat e risospeso in soluzione additiva (dal 29/12/2016 non deve essere più prodotto) | € 136,00 |
| 99758 | Concentrato eritrocitario leucodepleto mediante filtrazione in linea | € 181,00 |
| 99759 | Concentrato eritrocitario leucodepleto da aferesi | € 187,00 |
| 99739 | Plasma fresco congelato ad uso trasfusionale da frazionamento del sangue intero | € 21,00 |
| 99738 | Plasma da aferesi | € 172,00 |
| 99745 | Plasma da prelievo multicomponente | € 54,00 |
| 99763 | Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat | € 19,00 |
| 99764 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica manuale (Leucodepleto) | € 97,00 |
| 99765 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica automatizzata (Leucodepleto) | € 207,00 |
| 99766 | Concentrato piastrinico da aferesi leucodepleto in linea | € 418,00 |
| 99767 | Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente leucodepleto in linea | € 256,00 |
| 99746 | Concentrato granulocitario da aferesi | € 547,00 |
| 99768 | Linfociti da aferesi | € 478,00 |
| 99722 | Concentrato di cellule staminali da aferesi (compresa la conta delle cellule CD34+) | € 668,00 |
| 99717 | Crioprecipitato | € 75,00 |
| 99733 | Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità | € 74,00 |
| | EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE | |
| 99771 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-autologo§ | € 122,00 |
| 99772 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-allogenico§ | € 164,00 |
| 99773 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-autologo§ | € 416,00 |
| 99774 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-allogenico§ | € 458,00 |
| 99775 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da prelievo venoso periferico mediante dispositivo medico dedicato - autologo§ | € 238,00 |
| 99776 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue cordonale-allogenico§ | € 164,00 |
| 99777 | Allestimento gel piastrinico (escluso utilizzo di batroxobina) | € 21,00 |
| 99778 | Colla di fibrina da prelievo venoso periferico-autologo | € 88,00 |
| 99779 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-autologo | € 126,00 |
| 99780 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-allogenico | € 169,00 |
| 99781 | Colla di fibrina da dispositivo medico dedicato- autologo | € 510,00 |
| 99782 | Colla di fibrina da unità di sangue intero con dispositivo medico dedicato- allogenico | € 549,00 |
| 99783 | Collirio da siero autologo# | € 152,00 |
| 99784 | Concentrato piastrinico collirio | € 202,00 |
| | LAVORAZIONI | |
| 99755 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine) | € 246,00 |
| 99756 | Criopreservazione cellule staminali da aferesi | € 510,00 |

| | | |
|--------------|---|----------|
| 99769 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule staminali da aferesi (con rimozione manuale soluzione criopreservante) | € 148,00 |
| 99714 | Lavaggio cellule manuale | € 27,00 |
| 99715 | Lavaggio cellule con separatore | € 92,00 |
| 99718 | Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi) | € 60,00 |
| 99770 | Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi) | € 60,00 |
| 99713 | Irradiazione | € 19,00 |

* comprensivo di esami di qualificazione biologica

§ la tariffa fa riferimento al prodotto madre, alla preparazione delle dosi terapeutiche e al congelamento

tariffa per dose terapeutica per almeno 30 giorni di trattamento

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File F1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File F2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + presidio erogatore + ID + progressivo riga. L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili, è, in ogni caso, obbligatorio inserire la data di nascita.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto.

L'unica eccezione è rappresentata da i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, e il Codice Fiscale, deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per i farmaci a somministrazione diretta si intende la data erogazione del farmaco; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in

date differenti si considera la minor data della ricetta).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata (la ricetta non può essere contestata se anche un solo farmaco fa parte dell'elenco ed il nominativo è ANONIMO).

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:

- pazienti affetti da HIV: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC J05 Antivirali (con esclusione di J05AB04 – J05AF08 – J05AF10 - J05AF11 – J05AH01 – J05AH02 – J05AE10 – J05AE11 in quanto farmaci con indicazione diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa)
- pazienti affetti da dipendenza da stupefacenti: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente ai codici ATC N07BC01 o N07BC02 Farmaci usati nelle dipendenze da stupefacenti
- pazienti affetti da dipendenza da alcool: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nelle dipendenze da alcool.

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza mancante o errato

Il codice comune (o provincia per la distribuzione per conto) non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice farmaco non valorizzato o non esistente nelle tabelle (codice MINSAN10, prodotti D.M. 5-11-1996) oppure non valorizzati o non corretti i codici per i farmaci non registrati, i preparati galenici, le terapie iposensibilizzanti e l'ossigeno.

In caso di mancanza del codice MINSAN10 si utilizzano le seguenti codifiche:

Ossigeno= V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas)

Vaccini iposensibilizzanti= IPO

Galenici/Esteri: il codice ATC di massimo dettaglio.

Errore sulla modalità di erogazione (ERR04).

1= Farmaco distribuito a seguito di dimissione da ricovero (modalità erogazione 01) o erogato in regime di ricovero somministrato ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici (modalità erogazione 07) senza Ricovero associato (con finestra temporale di 2 giorni prima e dopo la data dimissione).

2= Farmaco distribuito a seguito di visita specialistica (modalità erogazione 02) o farmaco somministrato in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco (modalità erogazione 08) senza Prestazione Ambulatoriale associata.

3= Farmaco somministrato durante il ricovero ordinario ma non facente parte dell'allegato A (il controllo va effettuato escludendo le date di ammissione e dimissione)

4= codice modalità di erogazione assente o non previsto nel dominio

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga 99)

4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per

l'intero gruppo ricetta.

1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico

2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99

3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.

4= Valore di 'Importo totale' della riga 99 superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da 99 meno l'importo Ticket della riga 99 più Costo del servizio

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica. Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di erogazione o per cicli la data di chiusura ciclo

1= Data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza).

Tracciato record File "F"
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

FILE F1 - dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|---------------------------------|------|-------|---|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. USL/Az. Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-14 | Presidio erogatore | AN | 8 | Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacie | OBB V |
| 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 | Codice regionale o fiscale | FAC |
| 31-60 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 61-80 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscolo | FAC |
| 81-96 | Campo vuoto | AN | 16 | Riempire con spazi | |
| 97-112 | Codice fiscale | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OBB V |
| 113 | Sesso dell'utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | FAC |
| 114-121 | Data di nascita dell'utente | AN | 8 | Formato GMMMAAAA | OBB |
| 122-127 | Provincia e Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente | OBB V |
| 128-130 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 131-132 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga. | OBB V |
| 133-152 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga. | OBB V |

FILE F2 - dati prestazioni sanitarie

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|-------|------------------------------|------|-------|--|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. USL/Az. Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-14 | Presidio erogatore | AN | 8 | Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacie | OBB V |
| 15-30 | Numero ricetta | AN | 16 | Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) compilando con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN. Se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro. | FAC |
| 31-32 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 | Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa. | OBB V |
| 33-40 | Data erogazione del farmaco | AN | 8 | Formato GMMMAAAA | OBB V |
| 41-49 | Codice farmaco | AN | 9 | Riportare il codice del farmaco distribuito Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: Ossigeno= V03AN01 Codifica vaccini iposensibilizzanti= IPO Codifica galenici: il codice ATC di massimo dettaglio Farmaci esteri: il codice ATC di massimo dettaglio | OBB V |
| 50 | Campo vuoto | AN | 1 | Per usi futuri | |
| 51-53 | Campo vuoto | N | 3 | | |

| | | | | | |
|---------|--|----|----|--|--------------------------|
| 54-55 | Posizione dell'utente nei confronti del ticket | AN | 2 | Valori ammessi: 01: Non esente (assistito soggetto a ticket) 02: Esente per condizione 03: Esente per patologia 04: Esente per malattia rara 05: Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra 09: Ticket non previsto (per le regioni che non prevedono ticket a carico per i propri assistiti) 00: Altro | OBB |
| 56-62 | Importo ticket | N | 7 | Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo del ticket complessivo) | OBB V |
| 63-71 | Campo vuoto | | 9 | | |
| 72 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva | OBB |
| 73 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata | |
| 74 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune (o provincia per la DPC) di residenza assente o errato 2 = comune (o provincia per la DPC) di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 75 | ERR03 Errori sulla prestazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 (con esclusione dei vaccini iposensibilizzanti, dei galenici ed ossigeno) | |
| 76 | ERR04 Errore modalità erogazione | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = farmaco distribuito modalità erogazione 01 / 07 senza ricovero associato 2 = farmaco distribuito modalità erogazione 02 / 08 senza Prestazione ambulatoriale associata 3 = farmaco somministrato durante RO non compreso nell'allegato A (esclusa data ricovero e data dimissione) 4= codice modalità di erogazione assente o non previsto nel dominio | |
| 77 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99 | |
| 78 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' più il Costo del servizio 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn) | |
| 79 | ERR07 Errori su Quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn) | |
| 80 | ERR08 Errori sulle date | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn | |
| 81 | ERR09 Riservato per usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 82 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. 0 = nessun errore | |
| 83-102 | ID | AN | 20 | Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo | OBB V |
| 103-105 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab.= '3' |

| | | | | | |
|-----------|------------------------|----|----|---|-------|
| 106-107 | Modalità di erogazione | AN | 2 | Valori ammessi: DISTRIB. DIRETTA 01 = dimissione da ricovero 02 = a seguito di visita specialistica 03 = diretta a cronici 04 = in assistenza domiciliare 05 = in assistenza residenziale e semiresidenziale PER CONTO 06 = erogazione per conto TIPOLOGIE SPECIFICHE MOBILITA' 07 = farmaci erogati in regime di ricovero somministrati ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco | OBB |
| 108 | Tipo medicinale | AN | 1 | Valori Ammessi: 1 = confezione con AIC 2 = formule magistrali e officinali 3 = esteri 4= Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=altri gas medicinali 7: emocomponenti Valorizzare sulle righe zn | OBB |
| 109-114 | Fattore di conversione | AN | 6 | Se la quantità è espressa in unità posologiche, il fattore di conversione indica il numero di unità posologiche della confezione. Se la quantità è espressa in confezioni o in litri, va indicato il valore "1". Valorizzare sulle righe zn | OBB |
| 115 - 129 | Quantità | N | 15 | Indica il numero di pezzi, confezioni o unità posologiche con riferimento al farmaco (formato 00000000000,00) | OBB V |
| 130 - 143 | Importo totale | N | 14 | Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente sommato il costo del servizio. | OBB V |
| 144 - 150 | Costo del servizio | N | 7 | Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto per confezione di farmaco distribuito. Sulle righe zn si riporta l'onere del singolo farmaco, mentre nella riga 99 si riporta la somma delle righe precedenti o, il costo totale nel caso in cui il costo viene rilevato sull'intera ricetta. | OBB |

TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO (FLUSSO G)

Le prestazioni riguardano trasporti in elisoccorso e con ambulanza. Se il trasporto di un assistito ha coinvolto l'utilizzo di più mezzi in successione, si dovranno produrre tanti record quanti sono stati i mezzi utilizzati.

Con i dati di attività ogni Regione deve inviare, contestualmente al provvedimento regionale in vigore per l'anno di compensazione, un file che contiene il tariffario dei trasporti (ambulanza, idroambulanza, elisoccorso) con il seguente tracciato:

| | | | | |
|------|-----------------------|----|---|--|
| 1 | Tipo Flusso | AN | 1 | Riportare la lettera "G" che identifica il flusso dei Trasporti |
| 2-4 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito |
| 5 | Tipologia di soccorso | AN | 1 | A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza |
| 6-7 | Tipologia tariffa | AN | 2 | Codice tipologia della tariffa 01=tariffa fissa, 02=tariffa a minuti, 03=tariffa a chilometri, 04=tariffa mista |
| 8-14 | Tariffa | N | 7 | Riportare la singola tariffa unitaria valida per ogni tipologia; nel caso di variazione tariffaria nel corso dell'anno riportare la tariffa massima deliberata per l'anno di riferimento |

Il file contenente il tariffario dei Trasporti deve essere denominato:

GAAC.rrr

dove:

G Tipo file G = Tariffario Trasporti

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

Il mancato invio di questo file per il controllo tariffario può generare la contestazione dell'intero flusso.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la mancanza del codice fiscale e dell'identificativo cognome, nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche, la data di nascita formalmente scorretta. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti gli identificativi sono formalmente scorretti.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per i trasporti con ambulanza ed elisoccorso si intende la data di effettuazione della prestazione).

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano

2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla regione che riceve l'addebito.

Errori sulla tipologia di soccorso (ERR03)

1= Codice tipologia di soccorso assente o non previsto nel dominio

Errori sulla chiave del record (ERR05).

La chiave è costituita dai campi: codice regione addebitante, codice ASL/Azienda, ID.

1= Record privo di chiave. (Se uno dei campi componenti la chiave risulta essere non valorizzato)

2= Record doppio. Si riscontra quando un record ha la chiave duplicata

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

Se il campo Importo totale risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.

Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni.

1= Importo totale non valorizzato come numerico

2= Importo ticket non valorizzato come numerico

3= Importo totale non valorizzato come numerico e importo ticket non valorizzato come numerico

4 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa.

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di effettuazione della prestazione.

1= Data prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza.

Tracciato record File "G"
TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO

| Pos. | Descrizione Campo | Tipo | Lung. | Note | Codice |
|---------|--|------|-------|--|--------|
| 1-3 | Regione addebitante | AN | 3 | Codice regione inviante l'addebito | OBB V |
| 4-6 | Az. USL/Az.Osp. inviante | AN | 3 | Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito | OBB V |
| 7-14 | Codice struttura erogatrice | AN | 8 | Codice regionale struttura erogatrice | FAC |
| 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 | Codice regionale o fiscale | FAC |
| 31-60 | Cognome dell'utente | AN | 30 | Tutto maiuscolo | OIU V |
| 61-80 | Nome dell'utente | AN | 20 | Tutto maiuscolo | OIU V |
| 81-96 | Campo vuoto | AN | 16 | Riempire con spazi | |
| 97-112 | Codice fiscale dell'utente | AN | 16 | Codice fiscale dell'utente | OIU V |
| 113 | Sesso dell'utente | AN | 1 | 1=maschio, 2=femmina | FAC |
| 114-121 | Data di nascita dell'utente | AN | 8 | Formato GGMMAAAA | OIU V |
| 122-127 | Comune di residenza | AN | 6 | Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente | OBB V |
| 128-130 | USL di residenza | AN | 3 | Codice USL di residenza | FAC |
| 131-146 | Numero registro | AN | 16 | | FAC |
| 147-148 | Tipologia tariffa | AN | 2 | Codice tipologia della tariffa 01=tariffa fissa, 02=tariffa a minuti, 03=tariffa a chilometri, 04=tariffa mista | OBB |
| 149-156 | Data | AN | 8 | Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. | OBB V |
| 157 | Tipologia di soccorso | AN | 1 | A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza | OBB V |
| 158-164 | Campo vuoto | AN | 7 | | |
| 165-167 | Quantità | N | 3 | 0 di default 1 = tariffa per singolo intervento <u>Minuti di intervento o Kilometri percorsi</u> | OBB V |
| 168-169 | Posizione dell'utente nei confronti del ticket | AN | 2 | Usare la seguente codifica; <u>01=esente totale; 02=non esente; 03=pagamento quota ricetta.</u> | OBB |
| 170-176 | Importo ticket | N | 7 | Importo ticket complessivo | OBB V |
| 177-184 | Importo totale | N | 8 | Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. In questo campo si deve riportare la differenza tra il costo delle prestazioni ed il ticket pagato dal paziente. | OBB V |
| 185 | Posizione contabile | AN | 1 | Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un | OBB |
| 186 | ERR01 Errori anagrafici | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti | |
| 187 | ERR02 Errori sulla residenza | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito | |
| 188 | ERR03 Errori sulla tipologia di soccorso | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = codice tipologia di soccorso assente o non previsto nel dominio | |
| 189 | ERR04 Riservato per usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 190 | ERR05 Errori del record | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) | |
| 191 | ERR06 Errori sull'importo | AN | 1 | Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo totale non valorizzato come numerico. 2 = Importo Ticket non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale ed importo ticket non valorizzati come numerici 4 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa. | |
| 192 | ERR07 Errori su Quantità | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico | |
| 193 | ERR08 Errori sulle date | AN | 1 | 0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza | |
| 194 | ERR09 Riservato usi futuri | AN | 1 | Valorizzare sempre a 0. | |
| 195 | ERR10 Riservato ad usi futuri | AN | 1 | 0 = nessun errore | |

| | | | | | |
|---------|------------------------------|----|----|--|-----------------------------------|
| 196-215 | ID | AN | 20 | | OBB V |
| 216-218 | Regione iniziale di addebito | AN | 3 | Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito. | OBB se Pos. Contab.= '3' |

Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP) **Modalità di Compensazione Interregionale – Attività anno 2014-2015-2016-2017**

La Commissione Salute, nella riunione tenutasi a Roma il 27 settembre 2006, in merito alla problematica della Plasmaderivazione, ha deciso di semplificare la gestione amministrativa e la tenuta contabile centralizzata della movimentazione originata dallo scambio interregionale, attualmente coordinata dalla Regione del Veneto, ritenendo che la compensazione finanziaria possa essere garantita compensando i saldi con la stessa metodologia attualmente in vigore per la mobilità sanitaria interregionale.

L'AIP (Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione) nasce nel 1998 (DGRV n. 3305/98), promosso dalla Regione del Veneto, quale progetto di collaborazione tra Regioni finalizzato al raggiungimento comune dell'autosufficienza in plasmaderivati, da perseguire, in condizioni di qualità ed economicità di gestione, attraverso la raccolta del plasma e la sua lavorazione per la produzione in comune di un pacchetto di specialità farmaceutiche plasmaderivate. L'Accordo coinvolge attualmente 11 realtà (Veneto, Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Province Autonome di Bolzano e Trento, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta).

Il servizio di cui trattasi prevede il ritiro ed il trasferimento nello stabilimento di lavorazione del plasma, raccolto dalle strutture trasfusionali delle Regioni e Province Autonome aderenti, al fine della produzione, tramite la lavorazione "in comune" del plasma, di lotti di specialità farmaceutiche plasmaderivate (Albumina, Immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, Complesso Protrombinico, Antitrombina III).

Per ogni lotto di produzione la Ditta che fornisce il servizio procede alla fatturazione pro-quota nei confronti delle realtà aderenti: si individuano quindi dei volumi di spettanza di ciascuna Regione e/o Provincia Autonoma aderente, poiché gli emoderivati prodotti sono di proprietà di ciascun Ente in rapporto al plasma (e dunque alla materia prima) effettivamente conferito. Perciò, a fronte di un magazzino emoderivati fisicamente unico, la proprietà regionale degli emoderivati resta ben distinta e definita.

Annualmente, in base al piano industriale di produzione e alle dichiarazioni di fabbisogno degli Aderenti, viene identificato un piano di accesso al magazzino, che si articola, nei vari mesi, tramite gli ordinativi di farmaci che le Regioni e Province Autonome (PP.AA.) inoltrano al CRAT, cui compete la gestione amministrativa e contabile dell'AIP, che le processa alla Ditta all'interno di un sistema puntualmente e periodicamente monitorato.

Le quote di prodotto eventualmente eccedentarie rispetto al fabbisogno vengono messe a disposizione nell'ambito AIP, così da compensare, nella misura possibile, le situazioni di carenza, ed originano il flusso di scambio di emoderivati tra gli Aderenti oggetto della compensazione interregionale.

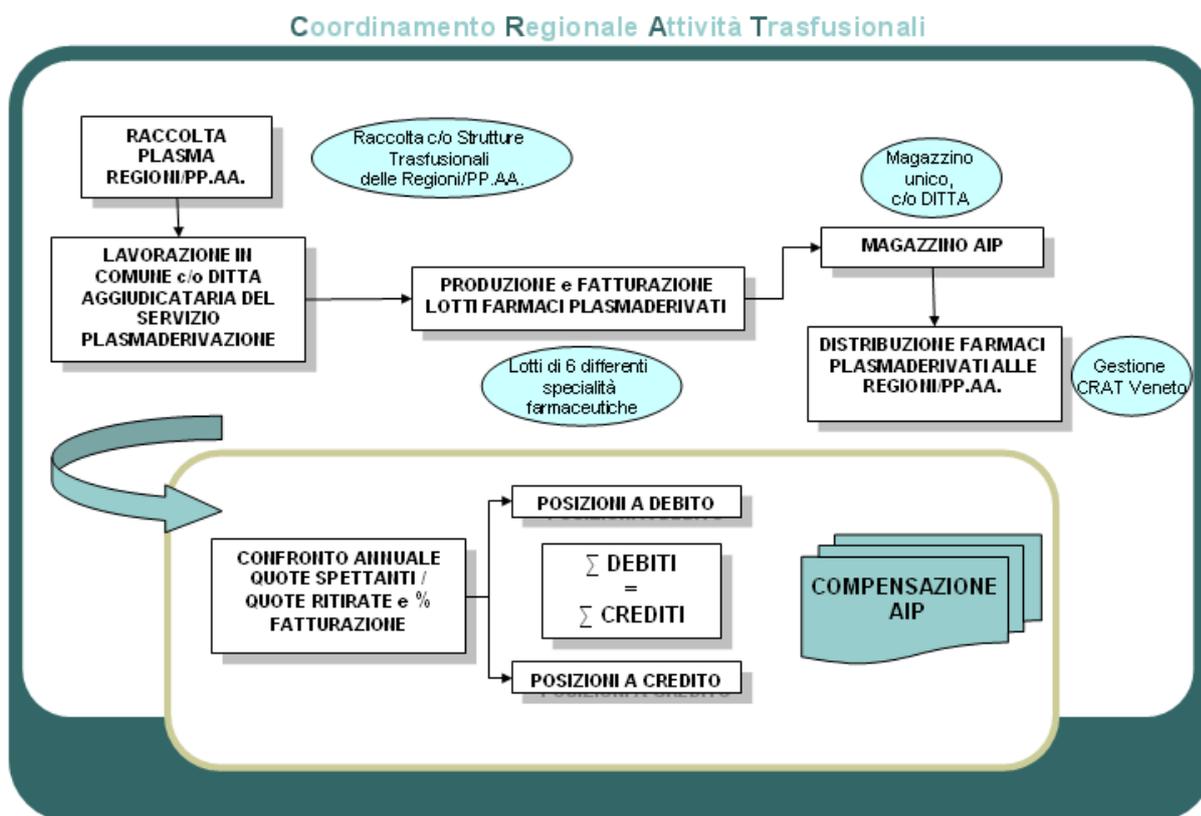
In particolare, la logica del meccanismo della compensazione interregionale prevede un periodico (anno solare) confronto tra i volumi di specialità farmaceutiche plasmaderivate di titolarità di ogni Regione/PP.AA. ed i volumi di ritiro di tali specialità farmaceutiche plasmaderivate rilevati nello stesso arco temporale, con eventuali rettifiche delle percentuali di fatturazione sulla base delle verifiche del plasma effettivamente conferito. Tale confronto assume come base di riferimento il conferimento del plasma, al quale è evidentemente correlata la titolarità dei farmaci ricavati dalla sua lavorazione. Per effetto della messa a disposizione di quote eccedentarie di prodotto, laddove possibile, tale confronto evidenzia delle posizioni a debito (quando è stato ritirato più prodotto dello spettante) e a credito (quando è stato ritirato meno prodotto dello spettante).

Tali posizioni sono quindi oggetto di valorizzazione economica, tramite l'applicazione delle tariffe adottate all'interno dell'AIP (ex DGRV n. 3207 del 15 ottobre 2005).

La definizione economica delle posizioni compensative tra le Regioni e le PP.AA. aderenti all'AIP è stata approvata con DGRV 4039 del 20/12/2005: tale procedura prevede la predisposizione dei conteggi relativi alle posizioni debitorie e creditorie da parte dell'Ufficio di Coordinamento dell'AIP, organo rappresentativo delle Regioni e PP.AA. aderenti; segue da parte della Regione Veneto,

capofila dell'Accordo e controparte giuridica nel contratto della plasmaderivazione, un atto deliberativo che recepisce le determinazioni assunte dal gruppo di Coordinamento dell'AIP.

I flussi sinteticamente descritti, sono rappresentati nello schema sotto riportato.



A partire dall'attività relativa all'anno 2008 perciò, la Regione Veneto provvederà a trasmettere a ciascuna Regione e PP.AA. aderente all'AIP e al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti, nel rispetto della scadenza prevista per gli altri addebiti di mobilità, la rendicontazione dei saldi attivi e passivi che verrà riportata nella matrice di seguito riportata.

Tenuto conto che la verifica di merito dei conteggi relativi alle posizioni debitorie e creditorie avviene tramite l'Ufficio di Coordinamento dell'AIP, la funzione di validazione di ciascuna Regione debitrice/creditrice dovrà essere una mera verifica della correttezza degli importi.

ATTIVITA' DI PLASMADERIVAZIONE

ANNO _____

(importi in migliaia di euro)

| REGIONI DEBITRICI | PIEMONTE | V. D'AOSTA | LOMBARDIA | P.A. BOLZANO | P.A. TRENTO | VENETO | FRIULI V. G. | LIGURIA | E. ROMAGNA | TOSCANA | UMBRIA | MARCHE | LAZIO | ABRUZZO | MOLISE | CAMPANIA | PUGLIA | BASILICATA | CALABRIA | SICILIA | SARDEGNA | BAMBINO GESU' | TOTALE CREDITI | TOTALE DEBITI | SALDO | |
|--------------------|----------|------------|-----------|--------------|-------------|--------|--------------|---------|------------|---------|--------|--------|-------|---------|--------|----------|--------|------------|----------|---------|----------|---------------|----------------|---------------|-------|---|
| REGIONI CREDITRICI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIEMONTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| VALLE D'AOSTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| LOMBARDIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| P.A. BOLZANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| P.A. TRENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| VENETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| FRIULI V. GIULIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| LIGURIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| EMILIA ROMAGNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| TOSCANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| UMBRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| MARCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| LAZIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| ABRUZZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| MOLISE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| CAMPANIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| PUGLIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| BASILICATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| CALABRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| SICILIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| SARDEGNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| BAMBINO GESU' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE DEBITI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE CREDITI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SALDO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Cessione di emocomponenti
Modalità di Compensazione Interregionale – Attività anni 2014-2015
e aggiornamenti anno 2016-2017

La Commissione Salute, nella riunione tenutasi a Roma il 27 settembre 2006¹, ha deciso di semplificare la gestione amministrativa e la tenuta contabile centralizzata della movimentazione originata dallo scambio interregionale dei farmaci emoderivati prodotti in conto lavorazione da plasma nazionale relativo all'Accordo Interregionale Plasma (AIP), coordinato dalla Regione Veneto, ritenendo che la compensazione finanziaria potesse essere garantita compensando i saldi con la stessa metodologia attualmente in vigore per la mobilità sanitaria interregionale. Nella stessa seduta "La Commissione stabilisce inoltre che questa decisione possa essere considerata come un orientamento generale da poter applicare anche per casi analoghi che potranno presentarsi in futuro".

Il Direttore del Centro Nazionale Sangue (CNS), con nota dell' 8/02/2008 prot. n. 000102, indirizzata al Coordinamento Interregionale della Mobilità Sanitaria e al Coordinatore della Commissione Salute, avente come oggetto "utilizzo della Mobilità Sanitaria ai fini della compensazione interregionale per la cessione di sangue e farmaci emoderivati", auspica "che possano essere rapidamente trovate, all'interno del percorso della Mobilità Sanitaria, le modalità tecniche per le compensazioni tra Regioni sia per gli scambi di sangue che di farmaci emoderivati". Nella riunione del Gruppo tecnico² dei referenti della Mobilità Sanitaria interregionale delle Regioni e Province Autonome del 29/10/2009 il Gruppo stesso ha recepito quanto stabilito dalla Commissione Salute in data 27/09/06, stabilendo che "le nuove modalità di compensazione dovranno essere applicate a partire dall'attività dell'anno 2010".

Il CNS, il Responsabile CRAT Veneto ed il Rappresentante della mobilità sanitaria della Regione Veneto, nel corso del meeting operativo dei responsabili delle strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali del 16 dicembre 2009, hanno presentato la proposta di inserimento dei flussi di compensazione derivanti dalla cessione di emocomponenti labili tra regioni e province autonome nei flussi della mobilità sanitaria interregionale. Nel corso di tale evento la proposta è stata approvata e il rappresentante del gruppo di lavoro della mobilità sanitaria ha espresso soddisfazione e parere favorevole alla sua attuazione.

Dal momento che il Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)³ prevede, tra l'altro, l'implementazione della macro-area compensazione emocomponenti e plasmaderivati, e che il disciplinare tecnico individua i flussi per rilevare gli aspetti quantitativi, qualitativi e temporali del fenomeno della compensazione alimentando una bacheca nazionale, attraverso la quale è possibile comunicare la disponibilità alla cessione da parte delle realtà eccedentarie ed inserire richieste di prodotti da parte delle realtà in stato di carenza o in situazioni di urgenza emergenza, si è convenuto di utilizzare il SISTRA come strumento per la rilevazione e contabilizzazione dello scambio di emocomponenti labili tra regioni. Ai fini della estensione della procedura ai farmaci plasmaderivati delle regioni non aderenti al succitato AIP sarà necessario attendere una tariffazione a livello nazionale, a cui potranno seguire ulteriori implementazioni di apposite funzioni di SISTRA.

Il Direttore del CNS, con nota del 18/12/2009 prot. n. 001388, avente come oggetto "nuove modalità di gestione della compensazione finanziaria relativa alle cessioni interregionali di sangue e di emocomponenti", inviata agli Assessori alla salute delle regioni e province autonome e alle Strutture Regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, a seguito delle determinazioni del Gruppo interregionale mobilità sanitaria, ha ricordato che, con decorrenza 1 gennaio 2010, è soppressa l'attività di fatturazione conseguente alle cessioni interregionali di sangue ed emocomponenti avvenute dalla medesima data.

¹ Verbale della Conferenza delle regioni e delle Province autonome Commissione Salute riunione del 27 settembre 2006.

²Verbale della riunione del Gruppo dei referenti tecnici della Mobilità sanitaria interregionale delle regioni e delle province autonome del 29 ottobre 2009 Roma.

³Istituzione del Sistema informativo dei servizi trasfusionali Decreto 21 dicembre 2007 Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana serie generale n. 13 del 16/01/2008.

Il coordinamento della mobilità sanitaria, con nota del 30/12/2009, ha informato tutti i referenti della mobilità sanitaria delle regioni e delle province autonome sul fatto che “la valorizzazione dei crediti e dei corrispondenti debiti sarà riassunta in appositi reports, redatti a cura del CNS, che provvederà a coordinare i flussi informativi dei Centri Regionali. Questi ultimi avranno il compito di inserire tutte le informazioni relative agli scambi di emocomponenti utilizzando un apposito modulo del software SISTRA, (...) che certificherà la trasmissione e la ricezione dei beni”. Nella stessa nota viene indicato che “le nuove modalità di gestione della compensazione finanziaria, relative alle cessioni interregionali di sangue ed emocomponenti, verranno riportate nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria – dall’anno 2010”.

Gli scambi di emocomponenti, oggetto di valorizzazione economica, sono stati riferiti, **fino al 30 giugno**, ai prodotti previsti dall’accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003⁴ e alle relative tariffe.

Dal 1° luglio 2016, a seguito dell’emanazione dell’ Accordo Stato Regione n. 168 del 20 ottobre 2015⁵ e del Decreto del 2 novembre 2015⁶ i prodotti e le relative valorizzazioni economiche sono stati aggiornati (vedi allegati G, H, I, L).

In particolare si ricorda che:

- nel flusso F, a partire dal 1° luglio 2016, non sono più presenti i codici 99736, 99737, 99741, 99742, 99743, 99744, 99716, 99754, 99712;
- nella sezione di SISTRA “Compensazione” non sono più presenti i codici 2, 32, 12, 13, 10, 58;
- ai fini dei successivi accrediti/addebiti relativi alla mobilità interregionale e alle cessioni, si opereranno direttamente le transcodifiche dal codice UNI presente in SISTRA ai codici previsti per la mobilità interregionale.

La regolazione economica per qualsiasi altro prodotto o prestazione trasfusionale, scambiata tra Regioni e Province Autonome, non ricompresi nell’accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003, dovrà seguire, al momento, le modalità in essere. Rispetto agli ‘Allegati F e G, rispettivamente relativi all’Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 e all’Accordo Stato-Regioni del 20 ottobre 2015, sono stati esclusi dal flusso della mobilità sanitaria il Concentrato di cellule staminali da aferesi ed il Concentrato di cellule staminali da cordone ombelicale, in quanto per questi prodotti, nel caso di donatori non consanguinei, la modalità di regolazione economica per la cessione tra Regioni e Province Autonome è già stata prevista con altro specifico accordo. Nel caso di donatori consanguinei o di donazione autologa permangono le modalità in essere nelle more della definizione di tariffe nazionali stabilite da un apposito gruppo tecnico sotto il coordinamento del CNS e del CNT. E’ ragionevole ipotizzare che nel prossimo accordo, che andrà a ridefinire le nuove tariffe per lo scambio di sangue ed emocomponenti tra Regioni e Province Autonome, sarà adottata una tassonomia coerente con SISTRA, con ciò rendendo semplice, completa ed automatica l’alimentazione dei report e la relativa contabilizzazione.

Il Direttore del CNS, il 14/07/2016, ha inviato a tutti gli uffici regionali e nazionale della mobilità sanitaria, ai responsabili delle strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, alle Direzioni Generali della programmazione sanitaria e della Prevenzione sanitaria del Ministero della

⁴Accordo tra il Ministro della Salute, le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici” Presidenza del Consiglio dei Ministri repertorio Atti n. 1806 del 24 luglio 2003 Conferenza Stato Regioni seduta del 24 luglio 2003.

⁵ Accordo ai sensi degli articoli 2, comma 1 lett. b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente “Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell’interscambio tra le aziende sanitarie all’interno della Regione e tra le Regioni” in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 Accordo Stato Regione n. 168 del 20 ottobre 2015.

⁶ Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti, Decreto 2 novembre 2015 Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 300 del 28 dicembre 2015 serie generale

Salute, la nota prot. 1537 avente come oggetto "le indicazioni sulla applicazione dell'Accordo Stato Regioni n. 168 del 20 ottobre 2015", dove, valutata la complessità della materia, lo scrivente Centro ha proposto, agli organismi nazionale e regionali competenti, quanto segue:

- che il CNS provveda a fornire ai tavoli competenti i codici correlati all'attività trasfusionale validi per tutte le Regioni e Province autonome;
- che, stante la tipologia delle attività e dei prodotti, non sia ammessa la possibilità di transazione economica al ribasso;
- che il sistema di compensazione economica interregionale venga effettuato per intero in chiusura d'anno della mobilità al 31.12 con riferimento al saldo comunicato dal CNS. Si rappresenta che la matrice generata da SISTRA-compensazione è condivisa con tutti gli interlocutori interessati da debiti e crediti e, quindi, non soggetta ad ulteriori contestazioni.

Le su indicate proposte non sono state oggetto di osservazioni ostantive da parte dei portatori di interesse e, pertanto, i contenuti si ritengono adottati a tutti gli effetti.

Si anticipa che, a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni del DM 2 novembre 2015⁶ e dell'introduzione nei flussi della mobilità sanitaria dei farmaci plasmaderivati e dei relativi prodotti intermedi, a far data dal 1° gennaio 2017 sarà necessario apportare integrazioni al presente documento. Relativamente ai prodotti intermedi e semilavorati del plasma di cui al punto 8 dell'Accordo Stato Regioni 20 ottobre 2015 (Rep. Atti n. 168/CSR) si precisa che sono adottate le tariffe di scambio indicate nella nota CNS prot. 275 del 5/02/2016 (Vedi allegato H) .

Regole di applicazione

I dati analitici degli scambi devono essere documentati in archivi informatici secondo un tracciato definito ed essere trasmessi attraverso il Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA - <https://cns.sanita.it/SISTRA/>), coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue.

Al fine di favorire un corretto monitoraggio degli scambi, saranno resi disponibili nel SISTRA opportuni report riepilogativi con le situazioni creditrici e debitorie di ciascuna regione, a disposizione dei Responsabili delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali e, ove specificamente richiesto, dei referenti regionali per la mobilità.

- 1. La regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice) dovrà comunicare, per il tramite della propria Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), entro il 30esimo giorno successivo alla fine di ogni trimestre, attraverso l'apposita funzione di SISTRA, le cessioni di unità di emocomponenti ad altre regioni;**
- 2. la regione che riceve le unità di emocomponenti (regione debitrice) dovrà comunicare, per il tramite della propria Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), attraverso l'apposita funzione di SISTRA, l'accettazione o la contestazione degli importi in addebito entro 60 giorni dall'inserimento degli stessi nel SISTRA da parte della regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice);**
- 3. nel caso in cui la regione che riceve le unità di emocomponenti (regione debitrice) non comunichi l'accettazione degli addebiti né eventuali contestazioni entro il suddetto termine, gli addebiti saranno automaticamente imputati alla stessa;**
- 4. in caso di contestazione, la regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice) potrà procedere alla eventuale modifica dei dati entro 30 giorni dall'inserimento della contestazione in SISTRA;**
- 5. Il CNS, entro il 15 maggio dell'anno successivo all'anno di compensazione, consolida gli scambi avvenuti, genera la rendicontazione annuale dei saldi attivi e passivi per ciascuna Regione e Provincia Autonoma (vedi figura n.1) e provvede a trasmetterla ai referenti della mobilità sanitaria di ciascuna Regione e P.A. e al coordinamento.**

Tenuto conto che la verifica di merito dei conteggi relativi alle posizioni debitorie e creditorie avviene per il tramite dei Responsabili delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, la funzione di validazione di ciascuna Regione debitrice/creditrice in fase degli

addebiti di mobilità dovrà essere una mera verifica della correttezza degli importi.

| Compensazione interregionale emocomponenti - Anno _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------|-----------|---------------------------|--------------------------|--------|-----------------------|---------|----------------|---------|--------|--------|-------|---------|--------|----------|--------|------------|----------|---------|----------|--------------|----------------|
| Regioni/Province Autonome a Debito | Piemonte | Valle d'Aosta | Lombardia | Provincia aut. di Bolzano | Provincia aut. di Trento | Veneto | Friuli Venezia Giulia | Liguria | Emilia Romagna | Toscana | Umbria | Marche | Lazio | Abruzzo | Molise | Campania | Puglia | Basilicata | Calabria | Sicilia | Sardegna | Bambino Gesù | Totale credito |
| Regioni/Province Autonome a Credito | Saldo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Piemonte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valle d'Aosta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lombardia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia aut. di Bolzano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia aut. di Trento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veneto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Friuli Venezia Giulia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liguria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emilia Romagna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toscana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umbria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lazio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abruzzo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Molise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puglia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Basilicata | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calabria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sicilia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sardegna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bambino Gesù | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totale debito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura 1 – Matrice rendicontazione economica

Struttura dati Cessione di emocomponenti

A regime, in relazione al grado di evoluzione dei sistemi informativi delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, i dati relativi alle cessioni di emocomponenti dovranno essere trasmessi via rete, tramite il SISTRA, con l'invio di **file XML** strutturati secondo uno schema che sarà reso noto alle regioni e province autonome tramite la pubblicazione dei relativi file XSD sul sito del Centro Nazionale Sangue (www.centronazionale sangue.it). Di seguito è riportata la struttura dei dati da inviare.

| Tipo informazione | Campo | Tipo | Lungh. | Note | Informazioni di dominio |
|---|--------------------|------|--------|--|---|
| Identificazione della trasmissione | Tipo Mittente | AN | 1 | Tipologia della struttura che effettua la trasmissione dei dati | E' sempre impostato a "R" - Regione. (Campo obbligatorio) |
| | Codice Mittente | AN | 3 | Codice della regione che effettua la trasmissione dei dati | Valori di riferimento riportati nell'allegato A. (Campo obbligatorio) |
| | Periodicità | AN | 1 | E' il livello di aggregazione dei dati trasmessi. <i>Le trasmissioni effettuate nello stesso anno solare dovranno avere sempre la stessa periodicità.</i> | "G" = giornaliera "M" = mensile "T" = trimestrale "S" = semestrale "A" = annuale (Campo Obbligatorio) |
| Identificazione della cessione ⁷ | Tipo trasmissione | AN | 1 | Campo utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, da modificare o da annullare. | "N" = trasmissione di informazioni nuove. "V" = trasmissione di informazioni che si intende aggiornare. "C" = trasmissione di informazioni per le quali si intende effettuare una cancellazione. (Campo Obbligatorio) |
| | Data spedizione | AN | 10 | Per la Periodicità diversa da Giornaliera, indicare la data di fine del periodo prescelto (<i>Esempio per I° trimestre 31/03/aaaa, II° trimestre 30/06/aaaa</i>) | Formato AAAA-MM-GG. (Campo obbligatorio) |
| | Tipo cedente | AN | 1 | Tipologia di struttura che cede gli emocomponenti | "C" - Struttura Regionale di Coordinamento. "S" = Servizio Trasfusionale (Campo obbligatorio) |
| | Codice cedente | AN | 5 | Codice a norma UNI della struttura della regione che cede gli emocomponenti. | (Campo obbligatorio) |
| | Tipo acquirente | AN | 1 | Tipologia di struttura che acquista gli emocomponenti | "C" - Struttura Regionale di Coordinamento. "S" = Servizio Trasfusionale (Campo obbligatorio) |
| | Codice acquirente | AN | 5 | Codice a norma UNI della struttura della regione che acquista gli emocomponenti. | (Campo obbligatorio) |
| | Tipo cessione | AN | 1 | Campo utilizzato per identificare il motivo della cessione. | 0 = "non specificata": cessione composta da diverse tipologie (convenzione, programmata, ecc.) e non individuabili separatamente; 1 = "Convenzione": cessione di emocomponenti in base a convenzioni stipulate con altre regioni; 2 = "Non programmata": cessione emocomponenti per carenza momentanea non prevedibile; 3 = "Programmata fuori convenzione": cessione emocomponenti in base a specifici programmi di autosufficienza concordata con il Centro Nazionale Sangue (ad esempio "Programmazione estiva"); (Campo obbligatorio) |
| | Numero convenzione | AN | 15 | E' il numero della convenzione assegnato dal SISTRA. | Da indicare solo se Tipo cessione è uguale a 1. (Campo facoltativo). |
| | DDT | AN | 10 | Identificativo del documento di Trasporto emesso dal Mittente o documento equivalente | (Campo facoltativo) |
| | Note | AN | 2000 | Eventuale nota esplicativa della spedizione | (Campo facoltativo) |

⁷ Da valorizzare per ogni cessione avvenuta

| | | | | | |
|--|-----------------------------|----------|----------|--|--|
| <i>Identificazione degli emocomponenti ceduti</i> ⁸ | <i>Codice emocomponente</i> | <i>N</i> | <i>2</i> | <i>Codice a norma UNI dell'emocomponente scambiato.</i> | <i>Valori di riferimento riportati nell'allegato B. (Campo obbligatorio)</i> |
| | Tipo operazione | AN | 1 | Campo utilizzato per identificare il tipo di operazione da effettuare sui dati dell'emocomponente della spedizione | "I" = inserimento informazioni nuovo emocomponente "V" = variazione informazioni emocomponente già trasmesse "C" = cancellazione informazioni emocomponente già trasmesse <i>(Campo Obbligatorio)</i> |
| <i>Identificazione delle unità cedute per emocomponente</i> ⁸ | Codice unità | AN | 15 | Codice identificativo a norma UNI della unità di emocomponente. | <i>(Campo obbligatorio)</i> |
| | Gruppo ABO | N | 4 | Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno ABO | Valori di riferimento riportati nell'allegato C. <i>(Campo obbligatorio)</i> |
| | Tipo Rh | N | 4 | Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno ABO | Valori di riferimento riportati nell'allegato D. <i>(Campo obbligatorio)</i> |
| <i>Trattamenti o maggiorazioni per ogni unità ceduta</i> | Codice maggiorazione | AN | 5 | Codici delle eventuali maggiorazioni da applicare all'unità di emocomponente | Valori di riferimento riportati nell'allegato E. <i>(Campo facoltativo)</i> |

⁸ Da valorizzare per ogni emocomponente ceduto

Nella fase di avvio (anno 2010) dei flussi per la compensazione interregionale emocomponenti, ove le dotazioni informatiche delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali non siano ancora a regime, sarà possibile inviare le informazioni secondo la seguente **struttura "sintetica"**.

| Tipo informazione | Campo | Tipo | Lungh. | Note | Informazioni di dominio |
|---|--------------------|------|--------|--|---|
| Identificazione della trasmissione | Tipo Mittente | AN | 1 | Tipologia della struttura che effettua la trasmissione dei dati | E' sempre impostato a "R" - Regione. (Campo obbligatorio) |
| | Codice Mittente | AN | 3 | Codice della regione che effettua la trasmissione dei dati | Valori di riferimento riportati nell'allegato A. (Campo obbligatorio) |
| | Periodicità | AN | 1 | E' il livello di aggregazione dei dati trasmessi. <i>Le trasmissioni effettuate nello stesso anno solare dovranno avere sempre la stessa periodicità.</i> | "G" = giornaliera "M" = mensile "T" = trimestrale "S" = semestrale "A" = annuale (Campo Obbligatorio) |
| Identificazione della cessione ⁹ | Tipo trasmissione | AN | 1 | Campo utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, da modificare o da annullare. | "I" = trasmissione di informazioni nuove. "V" = trasmissione di informazioni che si intende aggiornare. "C" = trasmissione di informazioni per le quali si intende effettuare una cancellazione. (Campo Obbligatorio) |
| | Data spedizione | AN | 10 | Per la Periodicità diversa da Giornaliera, indicare la data di fine del periodo prescelto (Esempio per I° trimestre 31/03/aaaa, II° trimestre 30/06/aaaa) | Formato AAAA-MM-GG. (Campo obbligatorio) |
| | Tipo cedente | AN | 1 | Tipologia di struttura che cede gli emocomponenti | "C" - Struttura Regionale di Coordinamento. "S" = Servizio Trasfusionale (Campo obbligatorio) |
| | Codice cedente | AN | 5 | Codice a norma UNI della struttura della regione che cede gli emocomponenti. | (Campo obbligatorio) |
| | Tipo acquirente | AN | 1 | Tipologia di struttura che acquista gli emocomponenti | "C" - Struttura Regionale di Coordinamento. "S" = Servizio Trasfusionale (Campo obbligatorio) |
| | Codice acquirente | AN | 5 | Codice a norma UNI della struttura della regione che acquista gli emocomponenti. | (Campo obbligatorio) |
| | Tipo cessione | AN | 1 | Campo utilizzato per identificare il motivo della cessione. | 0 = "non specificata": cessione composta da diverse tipologie (convenzione, programmata, ecc.) e non individuabili separatamente; 1 = "Convenzione": cessione di emocomponenti in base a convenzioni stipulate con altre regioni; 2 = "Non programmata": cessione emocomponenti per carenza momentanea non prevedibile; 3 = "Programmata fuori convenzione": cessione emocomponenti in base a specifici programmi di autosufficienza concordata con il Centro Nazionale Sangue (ad esempio "Programmazione estiva"); (Campo obbligatorio) |
| | Numero convenzione | AN | 15 | E' il numero della convenzione assegnato dal SISTRA. | Da indicare solo se Tipo cessione è uguale a 1. (Campo facoltativo). |
| | Note | AN | 2000 | Eventuale nota esplicativa della spedizione | (Campo facoltativo) |

⁹ Da valorizzare per ogni cessione avvenuta

| | | | | | |
|---|-----------------------------|----------|----------|--|--|
| <i>Identificazione degli emocomponenti ceduti</i> ¹⁰ | <i>Codice emocomponente</i> | <i>N</i> | <i>2</i> | <i>Codice a norma UNI dell'emocomponente scambiato.</i> | <i>Valori di riferimento riportati nell'allegato B. (Campo obbligatorio)</i> |
| | Tipo operazione | AN | 1 | Campo utilizzato per identificare il tipo di operazione da effettuare sui dati dell'emocomponente della spedizione | "I" = inserimento informazioni nuovo emocomponente "V" = variazione informazioni emocomponente già trasmesse "C" = cancellazione informazioni emocomponente già trasmesse <i>(Campo Obbligatorio)</i> |
| | Numero unità | N | 6 | Numero delle unità di emocomponente oggetto della cessione. | <i>(Campo obbligatorio)</i> |
| <i>Maggiorazioni per emocomponente</i> | Codice maggiorazione | AN | 5 | Codice dell'eventuale maggiorazioni da applicare all'emocomponente | Valori di riferimento riportati nell'allegato E. <i>(Campo facoltativo)</i> |
| | Numero | N | 6 | Numero delle unità di emocomponente alle quali è stata applicata la maggiorazione | <i>(Campo obbligatorio se indicato un codice maggiorazione)</i> |

¹⁰ Da valorizzare per ogni emocomponente ceduto

Allegato A

Valori da assegnare al campo "Regione addebitante"

| CODICE | REGIONE/P.A./Struttura |
|---------------|-------------------------------|
| 010 | Piemonte |
| 020 | Valle d' Aosta |
| 030 | Lombardia |
| 041 | Provincia aut. di Bolzano |
| 042 | Provincia aut. di Trento |
| 050 | Veneto |
| 060 | Friuli Venezia Giulia |
| 070 | Liguria |
| 080 | Emilia Romagna |
| 090 | Toscana |
| 100 | Umbria |
| 110 | Marche |
| 120 | Lazio |
| 121 | Ospedale Bambin Gesù |
| 130 | Abruzzo |
| 140 | Molise |
| 150 | Campania |
| 160 | Puglia |
| 170 | Basilicata |
| 180 | Calabria |
| 190 | Sicilia |
| 200 | Sardegna |

Allegato B

Valori da assegnare al campo "Codice emocomponente" in vigore fino al 30 giugno 2016

| Codice SISTRA | Descrizione | Corrispondenza con DM 5 novembre 2006 e accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 | |
|---------------|---|--|--|
| | | Codice Teste Unico Mobilità sanitaria | Descrizione |
| 2 | Emazie concentrate | 99736 | Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%) |
| 3 | Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive | 99736 + 99716 | Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%) + Rimozione del buffy-coat per unità |
| 25 | Emazie concentrate leucodeplete pre-storage | 99736 + 99754 | Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 32 | Emazie da aferesi | 99737 | Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente |
| 67 | Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage | 99737 + 99754 | Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 5 | Plasma da aferesi | 99738 | Unità di plasma da aferesi (non inferiore a 500 ml) |
| 6 | Plasma da aferesi multipla | 99745 | Unità di plasma da prelievo multicomponente (non inf. a 300 ml) |
| 7 | Plasma fresco congelato da sangue intero | 99739 | Plasma fresco congelato entro 6 ore dal prelievo (280 ml +/-20%) |
| 12 | Piastrine da piastrinoafèresi | 99742 | Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 alla 11°) |
| 13 | Piastrine da aferesi multipla | 99743 | Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°) |
| 43 | Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage | 99743 + 99754 | Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 68 | Piastrine da piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage | 99742 + 99754 | Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 69 | Piastrine da plasma piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage | 99743 + 99754 | Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°) +Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 19 | Piastrine da pool di buffy-coat | 99744 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat (2,5*10 alla 11°) |
| 10 | Concentrato piastrinico da PRP (singola unità) | 99741 | Concentrato piastrinico da singola unità (0,6*10 alla 11°) |
| 58 | Concentrato piastrinico da singola unità leucodepleto pre-storage | 99741 + 99754 | Concentrato piastrinico da singola unità (0,6*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 16 | Concentrato granulocitario da aferesi | 99746 | Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 alla 10°) |
| 17 | Linfociti da aferesi | 99746 | Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 alla 10°) |
| 14 | Crioprecipitato | 99717 | Crioprecipitato (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI) |
| 99 | Donazione di sangue per autotrasfusione ¹¹ | 99733 | Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità |

¹¹ La tariffa è omnicomprensiva per tutti i costi sostenuti per l'autodonazione da parte del Servizio Trasfusionale presso il quale viene effettuata la procedura (visita medica, dispositivi, materiali di consumo, esami di laboratorio, etc.).

Allegato C
Valori da assegnare al campo
"Gruppo AB0"

| Codice | AB0 |
|---------------|------------|
| 0101 | 0 |
| 0102 | A |
| 0110 | B |
| 0114 | AB |

Allegato D
Valori da assegnare al campo
"Tipo Rh"

| Codice | Tipo Rh |
|---------------|----------------|
| 0201 | POS |
| 0202 | NEG |

Allegato E
Valori da assegnare al campo "Maggiorazioni" in vigore fino al 30 giugno 2016

| Cod. Testo Unico Mobilità sanitaria | Descrizione |
|--|---|
| 99716 | Rimozione del buffy coat per unità |
| 99754 | Deleucocitazione mediante filtrazione in linea |
| 99712 | Deleucocitazione mediante filtrazione fuori linea (per ogni filtro impiegato) |
| 99755 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine) |
| 99714 | Lavaggio cellule manuale |
| 99715 | Lavaggio cellule con separatore |
| 99718 | Inattivazione virale del plasma (250ml +/- 20%) |
| 99713 | Irradiazione |
| 997xx* | Cessione concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze |

*** Conferenza Stato Regioni - Repertorio Atti n. 1806 del 24 luglio 2003 - Codifica provvisoria della maggiorazione**

Allegato F (in vigore fino al 30 giugno 2016)

**Prezzo unitario del sangue e degli emocomponenti negli scambi interregionali tra Servizi sanitari pubblici
Conferenza Stato Regioni Seduta del 24 luglio 2003 - Repertorio Atti n. 1806 del 24 luglio 2003 –
Allegato 1**

| Emocomponenti | Tariffa |
|--|----------------|
| Concentrato eritrocitario (280 ml +/- 20%) (*) | 153,00 |
| Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente(*) | 210,00 |
| Plasma fresco congelato (congelato entro 6 ore dal prelievo) (250 ml +/- 20%) | 20,00 |
| Unità di plasma da aferesi (non inferiore a 500 ml)(*) | 161,00 |
| Unità di plasma da prelievo multicomponente (non inferiore a 300 ml) | 52,00 |
| Concentrato piastrinico da singola unità (0,6 x 10 elevato alla undicesima potenza piastrine) | 23,00 |
| Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat (2,5 x 10 elevato alla undicesima potenza piastrine) | 115,00 |
| Concentrato piastrinico da aferesi (3 x 10 elevato alla undicesima potenza piastrine)(*) | 438,00 |
| Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente (2 x 10 elevato alla undicesima potenza piastrine)(*) | 288,00 |
| Concentrato granulocitario da aferesi (1 x 10 elevato alla decima potenza granulociti)(*) | 468,00 |
| Concentrato di cellule staminali da aferesi (incluso il conteggio delle cellule staminali in citofluorimetria) | 640,00 |
| Concentrato di cellule staminali da cordone ombelicale | 17.000,00 |
| Crioprecipitato (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI) | 37,00 |
| Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità | 70,00 |

| Maggiorazioni | Tariffa |
|---|----------------|
| Cessione concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze | 15,00 |
| Rimozione del buffy-coat per unità | 5,00 |
| Deleucocitazione mediante filtrazione in linea | 40,00 |
| Deleucocitazione mediante filtrazione fuori linea (per ogni filtro impiegato) | 50,00 |
| Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine) | 280,00 |
| Criopreservazione cellule staminali da aferesi | 510,00 |
| Lavaggio cellule manuale | 41,00 |
| Lavaggio cellule con separatore | 80,00 |
| In attivazione virale del plasma (250 ml +/- 20%) | 60,00 |
| Irradiazione | 38,00 |

(*) emocomponenti su cui viene “caricato” il costo della qualificazione delle indagini di laboratorio, incluso il NAT testing.

Allegato G
Accordo Stato Regione n. 168 del 20 ottobre 2015 (in vigore dal 1° luglio 2016)

ALLEGATO 1

Prezzounitariodicesione delsanguee degliemocomponentitrastrutturesanitariepubblichee private e traRegioni e Province autonome

| Emocomponenti(unità)* | Tariffa(€) |
|--|-------------------|
| Concentratoeritrocitarioprivatodelbuffy-coate risospeso in soluzioneadditiva | 136 |
| Concentratoeritrocitarioleuodepletomediantefiltrazionein linea | 181 |
| Concentratoeritrocitarioleuodepletodaafesi | 187 |
| Plasmafrescocongelatoaduso trasfusionale da frazionamento delsangueintero | 21 |
| Plasmafrescocongelatoentro24oredalprelievodalqualepossonoessererrecuperateleproteinelabili, da frazionamento delsangueintero | 21 |
| Plasmafrescocongelatoentro72oredalprelievodalqualepossonoessererrecuperateleproteinenonlabili, da frazionamento delsangueintero | 17 |
| Plasma da afesi | 172 |
| Plasma da prelievomulticomponente | 54 |
| Singolaunità dibuffy-coat | 7 |
| Concentratopiastrinicodasingolobuffy-coat | 19 |
| Concentratopiastrinicodapooldibuffy-coatprodottocon metodicamanuale | 97 |
| Concentratopiastrinicodapooldibuffy-coatprodottocon metodicaautomatizzata | 207 |
| Concentratopiastrinicodaafesileuodepletoin linea | 418 |
| Concentratopiastrinicodaprelievomulticomponenteleuodepletoin linea | 256 |
| Concentratogranulocitarioda afesi | 547 |
| Linfocitidaafesi | 478 |
| Concentratodicellulestaminalidaafesi(compresalacontadellecelluleCD34+) | 668 |
| Concentratodicellulestaminalidacordoneombelicale | 17.000 |
| Crioprecipitato | 75 |
| Proceduradiautotrasfusione mediantepredeposito e persingolaunità | 74 |
| Concentrato piastrinicooperuso nontrasfusionaleottenutodasangueintero-autologo [§] | 122 |
| Concentrato piastrinicooperuso nontrasfusionaleottenutodasangueintero-allogenico [§] | 164 |
| Concentrato piastrinicooperuso nontrasfusionaleottenutodaafesi-autologo [§] | 416 |
| Concentrato piastrinicooperuso nontrasfusionaleottenutodaafesi-allogenico [§] | 458 |
| Concentratopiastrinicooperusonontrasfusionaleottenutodaprelievovenosoperifericomediante dispositivomedicodedicato- autologo [§] | 238 |
| Concentratopiastrinicooperusonontrasfusionaleottenutodasanguecordonale-allogenico [§] | 164 |
| Allestimentogelpiastrinico(esclusoutilizzo dibatroxobina) | 21 |
| Colladifibrina da prelievovenosoperiferico-autologo | 88 |
| Colladifibrina daunità disangueintero- autologo | 126 |
| Colladifibrina daunità disangueinteroallogenico | 169 |
| Colladifibrina da dispositivomedicodedicato-autologo | 510 |
| Colladifibrina daunità di sangue interotrattata con dispositivomedico dedicato - allogenico | 549 |
| Collirio dasieroautologo | 152 [#] |
| Concentratopiastrinicocollirio | 202 |
| *comprensivo di esami di qualificazione biologica | = |
| §latariffafariferimentoalprodottomadre, allapreparazione delledositerapeuticheeal congelamento. | = |
| [#] tariffa per dose terapeutica per almeno 30 giorni di trattamento | = |

| Lavorazioni | Tariffa(€) |
|---|---------------------------|
| Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze | 20 |
| Leucodeplezione mediante filtrazione non in linea post storage ^o | 21 (EC) 32 (Piastrine) |
| Leucodeplezione mediante filtrazione non in linea a letto del paziente ^o | 16 (EC) 23 (Piastrine) |
| Lavaggio cellulare manuale | 27 |
| Lavaggio cellulare con separatore | 92 |
| Irradiazione | 19 |
| Procedura completa congelamento/scongelamento cellule (eritrociti piastrine) | 246 |
| Criopreservazione cellule staminali da aferesi | 510 |
| Procedura completa congelamento/scongelamento cellule staminali da aferesi (con ri-mozione manuale soluzione criopreservante) | 148 |
| Inattivazione virale del plasma (unità da composizione sangue intero da aferesi) | 60 |
| Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat da aferesi) | 60 |
| ^o fatta salve successive disposizioni normative | = |

ALLEGATO 2

Prezzo unitario di cessione dei medicinali plasmaderivati prodotti da plasma nazionale in convenzione/contolavorazione

| Prodotto | Unità di misura | Tariffe per Grammo/UI * |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------|
| Albumina | Grammi | € 1,9 |
| Immunoglobulina polivalente | Grammi | € 35,00 |
| Fattore VIII | UI | € 0,23 |
| Fattore IX | UI | € 0,23 |
| Complesso Protrombinico | UI | € 0,24 |
| Antitrombina | UI | € 0,225 |

Allegato H
Indicazione delle tariffe di scambio di prodotti intermedi e semilavorati derivati dal plasma nazionale



MINISTERO DELLA SALUTE

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale Sangue

Via Giano della Bella, 27
00162 Roma
Tel: 06 4990 4953 / 4954
Fax: 06 4990 4975
E-mail: cns@iss.it

Agli Assessorati alla Sanità
delle Regioni e Province Autonome

E, p.c.

Alle Strutture Regionali di Coordinamento
per le attività trasfusionali

Alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

Alla Conferenza dei Presidenti
delle Regioni e Province Autonome



Oggetto: Indicazione delle tariffe di scambio di prodotti intermedi e semilavorati derivati dal plasma nazionale, in attuazione dell'Accordo del 20 ottobre 2015 concernente "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le aziende sanitarie all'interno della regione e tra le regioni" (Rep. Atti n. 168/CSR).

Come previsto dal punto 8 dell'Accordo 20 ottobre 2015, si trasmettono in allegato le tariffe dei prodotti intermedi e semilavorati del plasma, elaborate dal gruppo di lavoro coordinato dal Centro nazionale sangue, da adottare dal 1 luglio 2016, data di decorrenza per l'applicazione dei prezzi di cessione indicati nel suddetto Accordo.

Distinti saluti.

Il Direttore del Centro Nazionale Sangue
Dott. Giancarlo Maria Liubruno

Allegato: Documento "Tariffe di scambio di prodotti intermedi e semilavorati del plasma di cui al punto 8 dell'Accordo Stato Regioni 20 ottobre 2015 (Rep. Atti n. 168/CSR)".



MINISTERO DELLA SALUTE

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale Sangue

Via Giano della Bella, 27
00162 Roma
Tel: 06 4990 4953 / 4954
Fax: 06 4990 4975
E-mail: cns@iss.it

Indicazioni per la tariffa di scambio di prodotti intermedi e semilavorati del plasma di cui al punto 8 dell'Accordo Stato Regioni 20 ottobre 2015 (Rep. Atti n. 168/CSR)

VISTO l'Accordo 20 ottobre 2015 (Rep. Atti n. 168/CSR), tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente *“Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le aziende sanitarie all'interno della regione e tra le regioni”* in attuazione degli articoli 12, comma 4, e 14, comma 3, della legge 21 ottobre 2005, n. 219;

VISTO, in particolare il punto 8 di detto Accordo che prevede espressamente che *“Al fine di facilitare lo scambio tra le Regioni e Province autonome di prodotti intermedi e semilavorati, entro 30 giorni dalla definizione del presente accordo, si costituisce, con il coordinamento del CNS, un gruppo di lavoro con la partecipazione di rappresentanti del Ministero e delle Regioni e Province autonome, con lo scopo di elaborare, sulla base di una analisi dei costi, una proposta di indicazioni per la tariffa di scambio di prodotti intermedi e semilavorati, che a conclusione dei lavori, sarà resa nota dal CNS con apposito atto;*

VISTA la decisione del 28/10/2015 del Comitato Direttivo del Centro nazionale sangue (CNS) con la quale si da seguito alla costituzione del Gruppo di Lavoro secondo le indicazioni fornite dallo stesso Comitato;

VISTO il Decreto del Direttore del CNS, Prot. n. 1947 del 30/10/2015, con la quale si costituisce il Gruppo di Lavoro per l'elaborazione di una proposta di indicazioni per la tariffa di scambio di prodotti intermedi e semilavorati, composto da esperti interni del CNS, da un rappresentante del Ministero della Salute, da un rappresentante regionale del Comitato Direttivo del CNS, dai rappresentanti delle Regioni: Calabria, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte e Veneto;

VISTO l'art. 10, comma 24 del D.P.R. n. 633 del 26 ottobre 1972 e successive modifiche e integrazioni recante: *“Istituzione e disciplina dell'Imposta sul Valore Aggiunto”;*

CONSIDERATI:

- l'esigenza di proporre una tariffa per gli intermedi e semilavorati del plasma volte a favorire un utilizzo etico e razionale dei prodotti eccedenti il fabbisogno delle Regioni, Province Autonome e/o delle Aggregazioni interregionali per la plasmaderivazione;
- la necessità di favorire, come previsto al punto 5 dall'Accordo Stato-Regioni 20/10/2015, l'acquisizione in via prioritaria dei prodotti medicinali (finiti e semilavorati o intermedi) derivati dalla lavorazione del plasma nazionale in base alle convenzioni, ove equivalenti agli analoghi emoderivati commerciali, ai fini del perseguimento dell'autosufficienza nazionale e della valorizzazione del sangue e dei suoi prodotti, quale patrimonio strategico a valenza sovraaziendale e sovraregionale;
- la necessità di individuare una tariffa a ristoro dei costi medi attuali di produzione degli intermedi e semilavorati del plasma da parte delle Regioni e Province Autonome;
- gli attuali livelli di consumo, produzione e autosufficienza regionali e nazionali dei principali medicinali plasmaderivati, con particolare riferimento al Fattore VIII e all'Antitrombina;

Pagina 1 di 2



- gli esiti della rilevazione dei costi di produzione dei medicinali plasmaderivati già effettuata nell'ambito del progetto di studio condotto dal CNS in collaborazione con l'Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, cui hanno partecipato anche rappresentanti delle Strutture Regionali di Coordinamento per le attività trasfusionali e delle Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue;
- le tariffe applicate dall'Azienda di frazionamento attualmente titolare delle Convenzioni con le Regioni e Province Autonome per la produzione e il condizionamento dei medicinali inclusi nelle stesse Convenzioni;
- l'influenza che la tariffa dell'intermedio potrebbe avere in termini di incentivi e disincentivi sia sulle scelte di produzione e acquisizione del prodotto da parte di Regioni carenti sia sulla domanda dei rispettivi prodotti finiti;
- la possibilità prevista dall'Accordo Stato Regioni di verificare e rivedere le tariffe proposte, a seguito del monitoraggio ivi previsto;
- l'applicabilità, ai fini dello scambio interregionale, dell'esenzione da IVA anche per le tariffe degli intermedi e semilavorati, come già in essere per quelle degli emocomponenti e i plasmaderivati, ai sensi dell'art. 10, comma 24 del D.P.R. n. 633 del 26 ottobre 1972 e successive modifiche e integrazioni;

PRESO ATTO degli esiti della riunione del Gruppo di Lavoro tenutasi a Roma il 17/11/2015, nel corso della quale sono state stabilite le indicazioni per le tariffe di scambio di prodotti intermedi e semilavorati;

SI DETERMINA

che, in attesa del monitoraggio, ogni sei mesi, previsto al punto 14 dell'Accordo Stato Regioni del 20 ottobre 2015, al quale potrà seguire l'aggiornamento dell'Accordo stesso con l'introduzione anche delle presenti tariffe, le tariffe di scambio di prodotti intermedi e semilavorati proposte da adottare a decorrere dalla data del 1/07/2016, prevista, al punto 13 dell'Accordo citato, per l'applicazione dei nuovi prezzi di cessione, sono le seguenti:

- € 40,00 per la quantità di Pasta di Crio corrispondente alla produzione di un flacone di Fattore VIII da 1.000 U.I.;
- € 40,00 per l'estrazione di prodotto corrispondente alla produzione di un flacone di Antitrombina da 1.000 U.I..



MINISTERO DELLA SALUTE

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale Sangue

Via Giano della Bella, 27
00162 Roma
Tel: 06 4990 4953 / 4963
Fax: 06 4990 4975
E-mail: segreteria generale.cns@iss.it

I.S.S. - C.N.S.

CNS 09/01/2018-0000026



Documento Interno R1

Ai Responsabile del Coordinamento della
mobilità sanitaria interregionale

Ai Referenti regionali della mobilità sanitaria
delle Regioni e Province Autonome

Ai Responsabili delle Strutture Regionali di
Coordinamento per le Attività Trasfusionali
delle Regioni, Province Autonome e Strutture
Militari

Oggetto: Cessione di emocomponenti. Modalità di compensazione interregionale. Attività anno 2017.

Gentilissimi,

come disposto dal DM del 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”, entro 12 mesi dall’entrata in vigore del citato decreto, cioè dal giorno successivo alla sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, “tutti gli emocomponenti eritrocitari e piastrinici sono **prodotti** con leucodeplezione mediante filtrazione pre-storage, con metodi tali da garantire l’ottenimento, prima della conservazione, di un residuo leucocitario per unità non inferiore a 1×10^6 , al fine di ridurre gli eventi avversi associati alla contaminazione leucocitaria degli emocomponenti eritrocitari e piastrinici”.

Pertanto, dal 29 dicembre 2016 non è più consentita la produzione del “concentrato eritrocitario privato del buffy-coat e risospeso in soluzione additiva”, codice SISTRA 3 e codice mobilità 99757; la rendicontazione economica per la movimentazione di tale emocomponente nella matrice 2017 sarà possibile qualora questo sia stato prodotto prima della data del 29 dicembre 2016.

Cordiali saluti.

Il Direttore del Centro Nazionale Sangue
Dott. Giancarlo Maria Liunbruno

Allegato I (in vigore dal 1° luglio 2016)

| Codice mobilità | Tariffa/Euro dall'1/07/2016 | Descrizione Accordo Stato/Regioni 20/10/2015 |
|------------------------|------------------------------------|---|
| | | EMOCOMPONENTI AD USO TRASFUSIONALE (unità)* |
| 99757 | € 136,00 | Concentrato eritrocitario privato del buffy-coat e risospeso in soluzione additiva (** dal 29/12/2016 non deve essere più prodotto) |
| 99758 | € 181,00 | Concentrato eritrocitario leucodepleto mediante filtrazione in linea |
| 99759 | € 187,00 | Concentrato eritrocitario leucodepleto da aferesi |
| 99739 | € 21,00 | Plasma fresco congelato ad uso trasfusionale da frazionamento del sangue intero |
| 99738 | € 172,00 | Plasma da aferesi |
| 99745 | € 54,00 | Plasma da prelievo multicomponente |
| 99763 | € 19,00 | Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat |
| 99764 | € 97,00 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica manuale (Leucodepleto) |
| 99765 | € 207,00 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica automatizzata (Leucodepleto) |
| 99766 | € 418,00 | Concentrato piastrinico da aferesi leucodepleto in linea |
| 99767 | € 256,00 | Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente leucodepleto in linea |
| 99746 | € 547,00 | Concentrato granulocitario da aferesi |
| 99768 | € 478,00 | Linfociti da aferesi |
| 99722 | € 668,00 | Concentrato di cellule staminali da aferesi (compresa la conta delle cellule CD34+) |
| 99717 | € 75,00 | Crioprecipitato |
| 99733 | € 74,00 | Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità |

| EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE | | |
|---|----------|---|
| 99771 | € 122,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-autologo§ |
| 99772 | € 164,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-allogenico§ |
| 99773 | € 416,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-autologo§ |
| 99774 | € 458,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-allogenico§ |
| 99775 | € 238,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da prelievo venoso periferico mediante dispositivo medico dedicato - autologo§ |
| 99776 | € 164,00 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue cordonale-allogenico§ |
| 99777 | € 21,00 | Allestimento gel piastrinico (escluso utilizzo di batroxobina) |
| 99778 | € 88,00 | Colla di fibrina da prelievo venoso periferico-autologo |
| 99779 | € 126,00 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-autologo |
| 99780 | € 169,00 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-allogenico |
| 99781 | € 510,00 | Colla di fibrina da dispositivo medico dedicato- autologo |
| 99782 | € 549,00 | Colla di fibrina da unità di sangue intero con dispositivo medico dedicato- allogenico |
| 99783 | € 152,00 | Collirio da siero autologo# |
| 99784 | € 202,00 | Concentrato piastrinico collirio |
| | | LAVORAZIONI |
| 99755 | € 246,00 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine) |
| 99756 | € 510,00 | Criopreservazione cellule staminali da aferesi |

| | | |
|--------------|----------|---|
| 99769 | € 148,00 | Procedura completa congelamento/scongelo cellule staminali da aferesi (con rimozione manuale soluzione criopreservante) |
| 99714 | € 27,00 | Lavaggio cellule manuale |
| 99715 | € 92,00 | Lavaggio cellule con separatore |
| 99718 | € 60,00 | Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi) |
| 99770 | € 60,00 | Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi) |
| 99713 | € 19,00 | Irradiazione |

* comprensivo di esami di qualificazione biologica

§ la tariffa fa riferimento al prodotto madre, alla preparazione delle dosi terapeutiche e al congelamento

tariffa per dose terapeutica per almeno 30 giorni di trattamento

(**) dal 29/12/2016 non deve essere più prodotto

Allegato L (in vigore dal 1° luglio 2016)

| Compensazione interregionale emocomponenti | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|--------------|-----------------------|---|--------------|
| Prodotti | | | | | Lavorazioni opzionali | | |
| Codice SISTRA | Codice mobilità | Descrizione SISTRA (UNI) | Descrizione Accordo Stato regioni 20/10/2015* | Tariffa/euro | Codice | Descrizione | Tariffa/euro |
| 25 | 99758 | Emazie concentrate leucodeplete pre-storage | Concentrato eritrocitario leucodepleto mediante filtrazione in linea | 181 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99714 | <i>Lavaggio cellule manuale</i> | 27 |
| | | | | | 99715 | <i>Lavaggio cellule con separatore</i> | 92 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| | | | | | 99785 | <i>Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze</i> | 20 |
| 3 | 99757 | Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive | Concentrato eritrocitario privato del buffy-coat e risospeso in soluzione additiva <u>DAL 29/12/2016 NON DEVE ESSERE PIU' PRODOTTO</u> | 136 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99714 | <i>Lavaggio cellule manuale</i> | 27 |
| | | | | | 99715 | <i>Lavaggio cellule con separatore</i> | 92 |

| | | | | | | | |
|----|-------|--|---|-----|-------|---|-----|
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| | | | | | 99785 | <i>Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze</i> | 20 |
| 67 | 99759 | Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage | Concentrato eritrocitario leucodepleto da aferesi | 187 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| | | | | | 99785 | <i>Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze</i> | 20 |
| 30 | 99763 | Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat | Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat | 19 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| 43 | 99767 | Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage | Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente leucodepleto in linea | 256 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |

| | | | | | | | |
|----|-------|---|---|-----|-------|--|-----|
| | | | | | 99770 | <i>Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)</i> | 60 |
| 68 | 99766 | Piastrine da piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage | Concentrato piastrinico da aferesi leucodepleto in linea | 418 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| | | | | | 99770 | <i>Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)</i> | 60 |
| 69 | 99767 | Piastrine da plasma piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage | Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente leucodepleto in linea | 256 | 99713 | <i>Irradiazione</i> | 19 |
| | | | | | 99755 | <i>Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)</i> | 246 |
| | | | | | 99770 | <i>Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)</i> | 60 |
| 7 | 99739 | Plasma fresco congelato da sangue intero | Plasma fresco congelato ad uso trasfusionale da frazionamento del sangue intero | 21 | 99718 | <i>Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi)</i> | 60 |

| | | | | | | | |
|----|-------|---|--|-----|-------|---|----|
| 8 | 99761 | Plasma recuperato congelato entro 72 ore | Plasma fresco congelato entro 72 ore dal prelievo dal quale possono essere recuperate le proteine non labili, da frazionamento del sangue intero | 17 | | | |
| 5 | 99738 | Plasma da plasmaferesi | Plasma da aferesi | 172 | 99718 | Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi) | 60 |
| 6 | 99745 | Plasma da aferesi multipla | Plasma da prelievo multicomponente | 54 | 99718 | Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi) | 60 |
| 9 | 99760 | Plasma fresco congelato entro 24 ore dal prelievo dal quale possono essere recuperate le proteine labili da frazionamento del sangue intero | Plasma fresco congelato entro 24 ore dal prelievo dal quale possono essere recuperate le proteine labili da frazionamento del sangue intero | 21 | | | |
| 14 | 99717 | Crioprecipitato | Crioprecipitato | 75 | | | |
| 16 | 99746 | Concentrato granulocitario da aferesi | Concentrato granulocitario da aferesi | 547 | | | |
| 18 | 99762 | Buffy coat | Singola unità di Buffy coat | 7 | | | |
| 17 | 99768 | Linfociti da aferesi | Linfociti da aferesi | 478 | 99713 | Irradiazione | 19 |
| 20 | 99765 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica automatizzata | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica automatizzata | 207 | 99713 | Irradiazione | 19 |
| | | | | | 99770 | Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi) | 60 |
| 19 | 99764 | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica manuale (Leucodepleto) | Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat prodotto con metodica manuale (Leucodepleto) | 97 | 99713 | Irradiazione | 19 |
| | | | | | 99770 | Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi) | 60 |

| | | | | | | | |
|----|-------|--|--|-----|--|--|--|
| 99 | 99733 | Donazione di sangue per autotrasfusione | Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità | 74 | | | |
| 95 | 99776 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue cordonale-allogenico | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue cordonale-allogenico§ | 164 | | | |
| 96 | 99777 | Allestimento gel piastrinico (escluso utilizzo di batroxobina) | Allestimento gel piastrinico (escluso utilizzo di batroxobina) | 21 | | | |
| 60 | 99779 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-autologo | Colla di fibrina da unità di sangue intero-autologo | 126 | | | |
| 65 | 99780 | Colla di fibrina da unità di sangue intero-allogenico | Colla di fibrina da unità di sangue intero-allogenico | 169 | | | |
| 66 | 99781 | Colla di fibrina da dispositivo medico dedicato-autologo | Colla di fibrina da dispositivo medico dedicato-autologo | 510 | | | |
| 71 | 99782 | Colla di fibrina da unità di sangue intero trattata con dispositivo medico dedicato-allogenico | Colla di fibrina da unità di sangue intero trattata con dispositivo medico dedicato-allogenico | 549 | | | |
| 74 | 99778 | Colla di fibrina da prelievo venoso periferico-autologo | Colla di fibrina da prelievo venoso periferico-autologo | 88 | | | |
| 89 | 99784 | Concentrato piastrinico collirio | Concentrato piastrinico collirio | 202 | | | |

| | | | | | | | |
|----|-------|--|---|-----|--|--|--|
| 94 | 99775 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da prelievo venoso periferico mediante dispositivo medico dedicato-autologo | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da prelievo venoso periferico mediante dispositivo medico dedicato-autologo§ | 238 | | | |
| 93 | 99774 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-allogenico | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-allogenico§ | 458 | | | |
| 92 | 99773 | Concentrato piastrinico non trasfusionale ottenuto da aferesi-autologo | Concentrato piastrinico non trasfusionale ottenuto da aferesi-autologo§ | 416 | | | |
| 91 | 99772 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-allogenico | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-allogenico§ | 164 | | | |
| 72 | 99783 | Collirio da siero autologo | Collirio da siero autologo# | 152 | | | |
| 90 | 99771 | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-autologo | Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da sangue intero-autologo§ | 122 | | | |
| 97 | | Pasta di crio corrispondente alla produzione di un flacone di fattore VIII da 1.000 UI | Pasta di Crio - quantità corrispondente alla produzione di un flacone di Fattore VIII da 1.000 U.I. | 40 | | | |

| | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--------------|--|--|--|
| 98 | | Estrazione di prodotto corrispondente alla produzione di un flacone di Antitrombina da 1.000 UI | Estrazione prodotto intermedio corrispondente a produzione di un flacone Antitrombina da 1.000 U.I. | 40 | | | |
| 22515163 | | Albital 20% 50ml | 022515163 - Albital 20% 50ml | 19 | | | |
| 29378027 | | ATIII 1000ui | 029378027 - ATIII 1000ui | 225 | | | |
| 29378015 | | ATIII 500ui | 029378015 - ATIII 500ui | 112.5 | | | |
| 41800020 | | AtKed 1000ui | 041800020 - AtKed 1000ui | 225 | | | |
| 41800018 | | AtKed 500ui | 041800018 - AtKed 500ui | 112.5 | | | |
| 41799038 | | Ixed 1000ui | 041799038 - Ixed 1000ui | 230 | | | |
| 41850013 | | KedCom 500ui | 041850013 - KedCom 500ui | 120 | | | |
| 41649029 | | Klott 1000ui | 041649029 - Klott 1000ui | 230 | | | |
| 41649017 | | Klott 500ui | 041649017 - Klott 500ui | 115 | | | |
| 37254048 | | Venital 10g 200ml | 037254048 - Venital 10g 200ml | 350 | | | |
| 37254024 | | Venital 2,5g 50ml | 037254024 - Venital 2,5g 50ml | 87.5 | | | |
| 37254036 | | Venital 5g 100ml | 037254036 - Venital 5g 100ml | 175 | | | |

* comprensivo di esami di qualificazione biologica

§ la tariffa fa riferimento al prodotto madre, alla preparazione delle dosi terapeutiche e al congelamento

tariffa per dose terapeutica per almeno 30 giorni di trattamento

TARIFFA PER LO SCAMBIO DI MOBILITA' INTERREGIONALE

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

REGOLE E TARIFFE VALIDE PER GLI ANNI 2014-2015- 2016-2017 secondo CMS-DRG Versione 24

Premessa

Il decreto del 18 dicembre 2008 ha aggiornato il sistema di classificazione delle diagnosi ed interventi alla versione 2007 che supporta la 24° versione del grouper e prevede 538 DRG. Nel sistema tariffario adottato a fini degli scambi di mobilità interregionale, i 538 DRG sono stati distinti in 3 raggruppamenti:

Alta complessità (84-DRG)

Potenzialmente inappropriati (108-DRG) (Intesa del 9 dicembre 2009 - Patto per la Salute 2010-2012)

Restanti DRG (346-DRG)

Tale classificazione è stata introdotta nella TUC (Tariffa Unica Convenzionale adottata fino al 2013) ed utilizzata anche nel tariffario per il 2014-2015-2016-2017 che si basa sul Decreto Ministeriale del 18/10/2012 rimodulato secondo l'Accordo del 2 luglio 2015.

Per individuare gli 84 DRG di alta complessità è stato aggiornato un lavoro di analisi dei contenuti specifici della casistica afferente a ciascun DRG per disciplina, condotto nell'ambito del coordinamento della mobilità interregionale.

I DRG potenzialmente inappropriati sono stati definiti dal Patto per la salute 2010-2012.

La valorizzazione dell'attività di ricovero per l'anno 2014-2015- 2016-2017 verrà effettuata secondo le tariffe introdotte dal DM 18 ottobre 2012. Alle medesime tariffe verranno applicate una remunerazione aggiuntiva, nel rispetto dell'art. 2 comma 4 del citato DM, per la lista dei ricoveri per i quali è stato riscontrato che la tariffa è insufficiente alla copertura dei costi legati all'impiego delle protesi o dei dispositivi medici, esplicitata nel paragrafo **Protesi ed altre procedure.**

Per le Aziende miste è previsto un incremento pari al 7%.

Inoltre è prevista una remunerazione specifica per i ricoveri degli Ospedali pediatrici - come previsto dal Patto per la Salute all'articolo 9, comma 4 - prevede un incremento delle tariffe del DM 2012 per una lista di 119 DRG riconosciuti di alta specialità per 8 Istituti pediatrici monospécialistici (incremento del 20%) e per tre strutture pediatriche che svolgono una attività di alta specializzazione nel settore pediatrico (incremento del 15%).

Regole di applicazione

- **Ospedali Pediatrici monospecialistici:**

Gaslini di Genova, Salesi di Ancona, Garofolo di Trieste, Meyer di Firenze, Santobono di Napoli, Regina Margherita di Torino e Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Di Cristina” – Ospedale dei Bambini di Palermo, Ospedale Pediatrico Apuano di Massa – “Ospedale del Cuore” gestito dalla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Per tali Istituti si applicano le seguenti regole:

per i DRG appartenenti all’alta complessità è previsto un incremento del 20%.

L’ulteriore incremento del 7% verrà riconosciuto anche a quegli Istituti Pediatrici monospecialistici presso i quali sono svolti in forma esclusiva insegnamenti del triennio clinico di pediatria di formazione della facoltà di medicina e chirurgia.

Si sottolinea che l’applicazione dei diversi incrementi vanno considerati come somma delle % (vale a dire nel caso dei DRG di alta complessità $20+7=27\%$).

- **Ospedali assimilabili agli ospedali “Pediatrici monospecialistici”**

Conseguentemente alla presenza di almeno 3 discipline specialistiche a vocazione pediatrica (Cardiochirurgia pediatrica, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia pediatrica, Nefrologia pediatrica e Neurochirurgia pediatrica), si sono individuati i seguenti ospedali ai quali applicare le regole tariffarie riservate agli ospedali pediatrici monospecialistici.

Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera di Bologna e Azienda Policlinico 2° universitaria di Napoli, Policlinico Universitario Umberto I di Roma.

A tutti i dimessi dalle suddette discipline delle strutture ospedaliere individuate verranno applicate le seguenti regole:

per i DRG appartenenti all’alta complessità è previsto un incremento del 15%.

L’elenco dei DRG di alta specialità per gli Ospedali Pediatrici monospecialistici e per gli Ospedali assimilabili agli ospedali Pediatrici monospecialistici è costituito dai 119 DRG di seguito indicati:

| DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA' | Classif. TUC | peso DRG |
|---|---------------------|-----------------|
| 001 C-CRANIOTOMIA, ETA' > 17 ANNI CON CC | alta | 4,1798 |
| 002 C-CRANIOTOMIA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC | alta | 3,1739 |
| 003 C-CRANIOTOMIA, ETA' < 18 ANNI | alta | 2,3194 |
| 007 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC | alta | 2,3427 |
| 027 M-STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA | | 1,5179 |
| 049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO | alta | 2,0117 |
| 075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE | alta | 2,396 |
| 076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC | alta | 2,4914 |
| 103 C-TRAPIANTO DI CUORE O IMPIANTO DI SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA | alta | 14,5725 |

| DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA' | Classif. TUC | peso DRG |
|---|---------------------|-----------------|
| 104 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO | alta | 6,062 |
| 105 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO | alta | 4,5572 |
| 106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA | alta | 5,4736 |
| 108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI | alta | 4,1166 |
| 110 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC | alta | 3,3918 |
| 111 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC | alta | 2,5742 |
| 126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA | | 3,7891 |
| 146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC | alta | 2,9562 |
| 147 C-RESEZIONE RETTALE SENZA CC | alta | 2,1564 |
| 149 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC | alta | 1,9057 |
| 150 C-LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC | | 2,3632 |
| 152 C-INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC | | 1,9591 |
| 170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC | | 2,6806 |
| 191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC | alta | 3,5599 |
| 192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC | alta | 2,5966 |
| 193 C-INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC | alta | 3,6085 |
| 194 C-INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC | | 2,9871 |
| 198 C-COLECISTECTOMIA ECETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC | | 1,5546 |
| 199 C-PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI | | 2,2656 |
| 200 C-PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI | | 2,7306 |
| 201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS | | 2,8743 |
| 212 C-INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI | | 1,5008 |
| 213 C-AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO | | 2,2148 |
| 233 C-ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC | | 2,0269 |
| 238 M-OSTEOMIELITE | | 1,7119 |
| 286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI | alta | 1,9902 |
| 292 C-ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC | | 2,2587 |
| 302 C-TRAPIANTO RENALE | alta | 10,2927 |

| DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA' | Classif. TUC | peso DRG |
|---|---------------------|-----------------|
| 303 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA | alta | 1,9629 |
| 304 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA CON CC | alta | 1,8026 |
| 305 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA SENZA CC | | 1,5231 |
| 308 C-INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA CON CC | | 1,5522 |
| 315 C-ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE | | 2,0141 |
| 334 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC | | 2,2241 |
| 335 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC | | 1,9084 |
| 353 C-EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE | alta | 1,7728 |
| 357 C-INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI | alta | 1,7499 |
| 386 M-NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO | alta | 8,6877 |
| 387 M-PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI | alta | 3,5317 |
| 401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC | alta | 3,0119 |
| 403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC | alta | 1,8616 |
| 405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI | alta | 2,9459 |
| 406 C-ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC | alta | 2,9175 |
| 407 C-ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC | | 1,8956 |
| 424 C-INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE | | 1,6764 |
| 442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC | alta | 2,6634 |
| 471 C-INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI | alta | 2,4714 |
| 473 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17 ANNI | alta | 4,2095 |
| 479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC | | 1,6087 |
| 480 C-TRAPIANTO DI FEGATO E/O TRAPIANTO DI INTESTINO | alta | 19,4443 |
| 481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO | alta | 15,5111 |
| 482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO | | 3,7723 |
| 484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | alta | 5,0987 |
| 485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | alta | 4,4919 |
| 486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | alta | 4,6091 |
| 487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | | 1,7349 |
| 488 C-H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO | alta | 4,167 |

| DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA' | Classif. TUC | peso DRG |
|---|---------------------|-----------------|
| 489 M-H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE | | 2,4149 |
| 491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI | alta | 1,9828 |
| 493 C-COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC | | 1,5285 |
| 495 C-TRAPIANTO DI POLMONE | alta | 16,8871 |
| 496 C-ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO | alta | 5,1811 |
| 497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEZIONE CERVICALE CON CC | alta | 3,8451 |
| 498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEZIONE CERVICALE SENZA CC | alta | 3,2406 |
| 499 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEZIONE PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC | | 1,6629 |
| 504 C-USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE CON INNESTO DI CUTE | alta | 9,8973 |
| 505 M-USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE SENZA INNESTO DI CUTE | alta | 2,1388 |
| 506 C-USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | alta | 3,0751 |
| 507 C-USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | alta | 2,7979 |
| 512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE | alta | 15,7658 |
| 513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS | alta | 14,3046 |
| 515 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO | alta | 4,0897 |
| 519 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC | alta | 3,1524 |
| 520 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC | alta | 2,1786 |
| 525 C-IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA | alta | 9,932 |
| 528 C-INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA | alta | 5,726 |
| 529 C-INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC | alta | 3,7579 |
| 530 C-INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE SENZA CC | alta | 1,9981 |
| 531 C-INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC | alta | 3,9401 |
| 532 C-INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC | alta | 2,2015 |
| 535 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON IMA, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK | alta | 6,3257 |
| 536 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA IMA, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK | alta | 5,3077 |
| 537 C-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCEZIONE ANCA E FEMORE CON CC | | 1,6372 |
| 539 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC | alta | 3,488 |
| 540 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC | | 1,5462 |
| 541 C-ECMO O TRACHEO.CON VENT.MECC.>= 96H O DIAGN.PRINC.NON RELAT. FACCIA BOCCA COLLO CON INT.CHIR.MAGGIORE | alta | 12,4289 |

| DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA' | Classif. TUC | peso DRG |
|---|---------------------|-----------------|
| 542 C-TRACHEO. CON VENT. MECC.>= 96H O DIAGN. PRINC.NON RELATIVA A FACCIA BOCCA COLLO SENZA INT. CHIR. MAGGIORE | alta | 8,536 |
| 543 C-CRANIOT. CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGN. PRINC. DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTR. | alta | 3,9376 |
| 544 C-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI | alta | 2,0283 |
| 545 C-REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO | alta | 2,7175 |
| 546 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA | alta | 5,0089 |
| 547 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | alta | 5,0871 |
| 548 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | alta | 4,3489 |
| 549 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | alta | 3,7801 |
| 550 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | alta | 3,2209 |
| 551 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD. PERMAN. CON DIAGN.CARDIOV. MAGG. O DI DEFIBRIL. AUTOMATICO(AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI | alta | 2,3045 |
| 552 C-ALTRO IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | | 1,5894 |
| 553 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | | 2,649 |
| 554 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | | 2,0662 |
| 555 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE | | 1,8899 |
| 560 M-INFEZIONI BATTERICHE E TUBERCOLOSI DEL SISTEMA NERVOSO | | 2,5059 |
| 561 M-INFEZIONI NON BATTERICHE DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE | | 1,7668 |
| 565 M-DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE | alta | 4,0374 |
| 566 M-DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE | | 2,1122 |
| 569 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE | alta | 3,3881 |
| 570 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE | alta | 2,7406 |
| 573 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA | alta | 3,5032 |
| 575 M-SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI | alta | 4,7782 |
| 578 C-MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO | alta | 4,4004 |
| 579 C-INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE CON INTERVENTO CHIRURGICO | | 2,3908 |

Ospedale Pediatrico Bambin Gesù incremento del 30%, per una serie di linee di attività e una casistica particolare cosiddette filiere OPBG, di seguito elencate:

- a. filiera del trapianto cardiaco: codici specialità di dimissione 0801/0832/0851 – cardiologia, 0601/0602 – cardiocirurgia, 4901 – TIC, DRG 103 Trapianto di cuore;
- b. filiera del trapianto di midollo: codici specialità di dimissione 1801 – ematologia, 6401 – oncologia, 4931 – Terapia intensiva, DRG 481 – Trapianto di midollo;
- c. filiera del trapianto di fegato: codici specialità di dimissione 1103 – chirurgia epatobiliare-pancreatica e digestiva, 1902 – patologia metabolica, 2402 – epatopatologia, 5801 – gastroenterologia, 4902 – Terapia intensiva, DRG 480 Trapianto di fegato;
- d. filiera del trapianto di rene: codici specialità di dimissione 4801 – nefrologia, 7801 – chirurgia urologica, 4903 – Terapia intensiva, DRG 302 – trapianto di rene;
- e. filiera della riabilitazione: codici specialità di dimissione 3601 – traumatologia, 3631 – ortopedia, 5631/5651 – neuroriabilitazione;
- f. filiera della neonatologia: codici specialità di dimissione 1102 – chirurgia neonatale, 6201 – patologia neonatale, 7301 – TIN immaturi;
- g. filiera della neuropsichiatria: codici specialità di dimissione 3301 – neuropsichiatria infantile, 3201 – neurologia.

L'incremento del 30% è sostitutivo dell'incremento del 20% previsto per i 119 DRG di alta specialità per i DRG ricompresi nelle filiere.

- Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna è previsto un aumento del 30% limitatamente alle seguenti Unità Operative: Chemioterapia Ortopedica codice 6401, Divisione Ortopedia Traumatologia ad indirizzo Oncologico 3604, Divisione Ortopedia Traumatologia Pediatrica 3603, Servizio di Chirurgia del Rachide 3610. L'incremento del 30% si aggiunge agli altri incrementi previsti (+7% delle aziende miste) sulle tariffe DRG specifiche.

Aziende miste

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere: Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali.

Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. **L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica o sulla tariffa caso trattato, sulle tariffe previste per le giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/lundodegenza; le eventuali tariffe aggiuntive (prelievo di organi, protesi, ecc.) non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario.**

Si prevede un range di tolleranza di + 0 - 0,50 Euro per ogni ricovero; ciò vuol dire che quando si effettua il controllo sull'importo (ERR06=5) la segnalazione andrà fatta solo se l'importo addebitato risulterà diverso rispetto a quello calcolato dalla regione debitrice a meno di uno scarto di 0.50 euro, cioè se la differenza (in valore assoluto) tra i due importi risulterà superiore a 0,50.

Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6) dovranno avere un importo pari al 60% della tariffa indicata. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi.

Protesi ed altre procedure

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

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per “codice intervento” o “codice diagnosi”, qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione venga utilizzato l’uso del codice).

DRG per i quali è prevista un’aggiunta tariffaria

✓ **Protesi cocleare**

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) **tariffa aggiuntiva € 22.366,00**

La tariffazione aggiuntiva è da intendersi raddoppiata nel caso di doppio impianto e segnalato con la ripetizione del codice

✓ **Stimolatore cerebrale**

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) **tariffa aggiuntiva € 13.500,00**

✓ **Ombrello atriale settale**

(codice intervento 35.52) associato al DRG 518; **tariffa aggiuntiva € 5.800,00**

✓ **Neurostimolatore vagale**

(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 **tariffa aggiuntiva** per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a € **15.377,00**

✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

(codice intervento 86.06) ; **tariffa aggiuntiva € 3.500,00**

✓ **Trapianto di cellule staminali limbari**

DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € **2.544,00** alla quale deve essere sommato l’importo di Euro 12.290,00 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva di € 12.290,00**)

✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico**

(codice intervento 20.95) associato al DRG 55; **tariffa aggiuntiva € 8.568,00**

✓ **Protesi dell’aorta addominale**

(codice intervento 39.71) e DRG 110 **tariffa aggiuntiva € 1.768,00**

(codice intervento 39.71) e DRG 111; **tariffa aggiuntiva € 736,00**

✓ **Protesi dell’aorta toracica**

(codice intervento 39.73) e DRG 110 **tariffa aggiuntiva € 3.784,00**

(codice intervento 39.73) e DRG 111; **tariffa aggiuntiva € 2.752,00**

✓ **Sistemi di assistenza cardiaca impiantabile (VAD)**

(codice intervento 37.66) tariffa aggiuntiva pari a € **90.000,00** *comprensiva della successiva verifica/presa in carico*

✓ **Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale (cuore artificiale)**

(codice intervento 37.52) tariffa aggiuntiva pari a € **90.000,00** *comprensiva della successiva verifica/presa in carico*

DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero

✓ **Gamma knife**

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco)
tariffa per caso trattato pari a € **7.750,00**

✓ **Ciber knife**

(codice intervento 92.31) **tariffa per caso trattato** pari a € **7.688,00**

✓ **Neurostimolatore spinale o urologico**

Si tratta di 2 tariffe distinte che remunerano singolarmente elettrodo e generatore che potrebbero essere impiantati in tempi differenti.

Impianto o sostituzione di elettrodo (codice 03.93)

Tariffa per caso trattato pari a € **3.698,00**, indipendentemente dal DRG che si genera

Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile) - codice 86.96

Tariffa per caso trattato pari a € **5.547,00**, indipendentemente dal DRG che si genera

Nel caso in cui vengano impiantati nello stesso episodio di ricovero, in presenza di entrambi i codici si intendono sommate le due tariffe.

✓ **Brachiterapia**

(intervento 92.27-impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0,
tariffa per caso trattato pari a € **8.568,00**

✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**

(intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, **tariffa per caso trattato** pari a € **5.040,00**

✓ **Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono**

(codice intervento 80.59) a prescindere dal DRG **tariffa per caso trattato** pari a € **500,00**

✓ **Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare**

(diagnosi principale afferente alla categoria 454), associata al DRG 479, **tariffa per caso trattato** equiparabile alla tariffa del **DRG 119** vedi allegato tariffe

✓ **DRG 323 M "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni"**

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:

- in presenza del codice procedura "98.51 Litotripsia rene uretere", in qualsiasi posizione venga codificato, **tariffa per caso trattato** pari a € **550,00**

- In assenza di tale procedura, **tariffa per caso trattato** pari a € **184,00**.

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 24

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

Se la modalità di dimissione =1 e 6 va utilizzata la tariffa DRG colonna (d)

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

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

RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital, colonna (c), è da intendersi per accesso.
Fanno eccezione a tale regola

- i DRG medici 124, 125, 323 (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG di tipo chirurgico (tariffa DRG specifica a caso trattato)

TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

- Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime ordinario e diurno sono riportate nell'allegato corrispondente.

Nello stesso allegato vengono riportati anche i valori soglia espressi in giornate, dei ricoveri ordinari e diurni, oltre ai quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta.

- Per i pazienti mielolesi e per soggetti affetti da grave cerebro lesione, dimessi dalle discipline 28-unità spinale e 75-neuroriabilitazione e afferenti alla MDC1, si applica la tariffa giornaliera di 470,00 €. Tale tariffa giornaliera è da intendersi valevole anche per i quadri clinici afferenti alla MDC 23 in presenza di un codice V57 in diagnosi principale e dimessi dalle unità operative di Unità Spinale. Per tale casistica (MDC1 e discipline 28 e 75 o MDC 23 e codice diagnosi principale V57 e disciplina 28) non si applicheranno abbattimenti al superamento della soglia.

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

ATTIVITA' DI ESPIANTO E DI TRAPIANTO DI ORGANI

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

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

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

Osservazione, prelievo e trasporto

Qualora queste fasi siano effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse da quella sede di trapianto e di osservazione prelievo e trasporto, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di **Euro 2.626,39** ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994".

La tariffa del trasporto è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di **Euro 331,12**.

Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di **Euro 2.957,52**.

Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito.

Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione e quindi con un importo di **Euro 2.626,39**.

In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di **Euro 2.957,52**.

L'addebito deve essere effettuato **aggiungendo** l'importo convenzionale di **Euro 2.957,52** o di **Euro 2.626,39** all'importo del DRG nel campo "importo degenza" del tracciato record relativo ai seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto pancreas individuato dagli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495
- Trapianto multiviscerale individuato dal codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
- Trapianto di intestino isolato individuato dal codice di intervento 46.97

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e devono essere addebitate dalla Regione erogatrice alla Regione di residenza del paziente, in quanto soggette alla compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO per donatori consanguinei a partire dal 1° febbraio 2007

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente.

La presente regolamentazione riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria ed è valida per l'attività dell'anno 2006. Per le attività dell'anno 2007 (1° febbraio) vengono introdotte regole differenti solo per le ricerche ed i prelievi su donatori non consanguinei. Per i donatori consanguinei restano in vigore le regole descritte.

Ricerca del donatore

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

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

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

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

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

Nei casi in cui la regione sede del prelievo sia diversa dalla regione sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.340,88.

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

ATTIVITA' DI RICERCA E REPERIMENTO DI CSE (MIDOLLARI, CORDONALI E PERIFERICHE) AI FINI DI TRAPIANTO
per donatori non consanguinei a partire dal 1° febbraio 2007

Le attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) sono precedute dalle fasi di ricerca e di reperimento i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente.

La presente regolamentazione, valida **a partire dalle ricerche attivate dal 1° febbraio 2007** ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni del 5.10.2006 (prov. n. 2637), riguarda gli aspetti legati alla compensazione della mobilità sanitaria di detta attività (ricerca e reperimento di cse midollari, cordonali e periferiche) ai fini di trapianto in Italia da donatori non consanguinei (midollare e periferico) e da banche cordonali. **Per le ricerche e i prelievi effettuati su donatori consanguinei restano in vigore le norme precedenti.**

La determinazione della Commissione salute del 16.12.2008 ha inserito nei costi attribuiti all'IBMDR anche quelli derivanti dagli esami finali effettuati su donatori eleggibili al trapianto. Dal 1.7.10 l'IBMDR si è attivato in tal senso inserendo nel flusso di pagamento delle prestazioni di ricerca anche quelle relative agli esami relativi ai test di compatibilità finale.

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

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

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale (IBMDR), anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. L'attivazione della ricerca verrà condivisa dal Galliera, ove ha sede l'IBMDR, con l'Azienda USL di residenza del paziente ricevente per il quale tale ricerca viene attivata tramite l'acquisizione di apposita informativa.

I Centri che effettuano le indagini sui candidati donatori e il centro che effettuerà la prestazione legata al prelievo di cellule staminali o le banche di cellule staminali cordonali fattureranno tali prestazioni direttamente a:

Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera"

– Gestione I.B.M.D.R. – Via Volta 19/5 16128 Genova cod. fiscale e partita I.V.A.: 00557720109 utilizzando il tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R. e di seguito riportato.

Tutte le prestazioni ambulatoriali legate all'attività di ricerca verranno inviate ad importo zero perché già fatturate all'IBMDR.

Prelievo di CSE midollari

I record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

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

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero o comunque così verranno considerati dalla Regione ricevente perché già fatturato all'IBMDR.

La Regione Liguria in sede di ripartizione del fondo sanitario riceverà un anticipo degli importi necessari all'IBMDR per il pagamento delle attività di ricerca. La Regione Liguria provvederà a trasmettere a ciascuna Regione e PP.AA. e al coordinamento gli addebiti riguardanti l'attività di ricerca dell'IBMDR nel rispetto della scadenza prevista per l'invio degli altri addebiti di mobilità.





(decorrenza: 1 LUGLIO 2010).

| | |
|--|--|
| <p>1. Ricerca preliminare e attivazione</p> <p>Al centro richiedente è fornito un elenco delle tipizzazioni dei donatori adulti e/o unità di sangue cordonale (SCO) compatibili (secondo i criteri stabiliti dall'IBMDR) e disponibili per il paziente in oggetto.</p> | <p>gratuita</p> |
| <p>2. Identificazione di specificità subtipiche HLA di classe I</p> <p>La caratterizzazione HLA-AB "splits" dei donatori riscontrati AB "broad" compatibili sarà eseguita, di norma, con tecniche di biologia molecolare.</p> <p>2.1 Estrazione di DNA</p> <p>2.2 HLA-AB splits</p> | <p>€ 45,45</p> <p>€ 101,48</p> |
| <p>3. Tipizzazione HLA classe II</p> <p>La tipizzazione HLA-DR dei donatori HLA-A e B matched selezionati dal centro richiedente sarà eseguita, di norma, con tecniche molecolari a bassa risoluzione (DRB1 <i>low resolution</i>).</p> <p>3.1 Estrazione di DNA</p> <p>3.2 Tipizzazione HLA-DR</p> <p><i>NB: la tipizzazione per gli antigeni di classe I non è, generalmente, ripetuta in questa occasione. Nel caso in cui sia ripetuta e risulti discrepante dalla precedente, l'esame è comunque da terminare e addebitare. Contattato il donatore e concordata la data per l'esecuzione dell'esame la prestazione è comunque addebitata anche se il centro richiedente sospende la ricerca, a condizione che il risultato pervenga entro 30 gg. dalla notifica di sospensione.</i></p> | <p>€ 45,45</p> <p>€ 213,34</p> |
| <p>4. Tipizzazione genomica</p> <p>I donatori adulti e le SCO (già tipizzati per HLA-A, B e DR e riscontrati potenzialmente compatibili) saranno indagati con tecniche molecolari ad alta risoluzione per i loci DRB1, DRB3, DRB4, DRB5.</p> <p><i>NB: nel caso in cui la tipizzazione di classe I e/o il DR vengano ripetuti e risultino discrepanti dai precedenti, l'esame è comunque da terminare e addebitare. Stabilita la data per l'esecuzione dell'esame, la prestazione è comunque addebitata anche se il centro richiedente sospende la ricerca, a condizione che il risultato pervenga entro 30 gg. dalla notifica di sospensione.</i></p> <p>4.1 Estrazione di DNA</p> <p>4.2 DRB1*, DRB*3/4/5</p> <p>Su singola richiesta possono essere erogate le seguenti prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare:</p> <p>HLA-A</p> <p>HLA-B</p> <p>HLA-C</p> <p>DQA1</p> <p>DQB1</p> <p>DPA1</p> | <p>€ 5,45</p> <p>€ 311,57</p> <p>€ 101,48</p> <p>€ 101,48</p> <p>€ 101,48</p> <p>€ 178,38</p> <p>€ 178,38</p> <p>€ 55,29</p> |

| | | | |
|---|--|--------|-----------|
| DPB1 | € | 188,71 | |
| *ABO e Rh | } Richiedibili solo su donatori adulti, contestualmente alla tipizzazione molecolare o, singolarmente, su soggetti già tipizzati A, B, DRB1* HR. | € | 7,74 |
| * CMV (IgG+IgM) | | € | 16,53 |
| 5. Campioni di sangue o DNA per gli esami finali di compatibilità | | | |
| 5.1 Raccolta dei campioni da donatore adulto | | € | 441,33 |
| Contestualmente sul donatore verranno eseguiti i test per la ricerca dei marcatori di malattie infettive (TPHA, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, CMV) e la tipizzazione AB0-Rh. | | | |
| 5.2 Fornitura campioni di DNA da unità di sangue cordonale | | € | 441,33 |
| A causa della disponibilità limitata di tali campioni, è da verificarsi la fattibilità dell'invio. | | | |
| 5.3 Spedizione dei campioni | | | varie |
| Le spese di spedizione e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti. | | | |
| <i>NB: la cancellazione della richiesta di spedizione deve essere notificata al più presto al fine di bloccare la spedizione. In caso ciò non sia possibile, l'onere di cui ai punti 5.1 o 5.2 sarà comunque addebitato</i> | | | |
| 6. Raccolta di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da sangue midollare | | | |
| 6.1 Preliminari connessi al prelievo | | € | 399,79 |
| Sono comprensivi di visite mediche (generica, cardiologica e anestesiologicala), prestazioni strumentali specialistiche (Ecg, Rx torace AP+LL), esami chimico-clinici (emocromo completo, VES, azotemia, glicemia, creatininemia, AST, ALT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, gamma-GT, uricemia, sideremia, transferrina, ferritina, ferro capacità legante transferrina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, Ca, Cl, Na, K, CPK, LDH, colinesterasi e numero di dibucaina, tempo di Quick, PTT, fibrinogeno, proteinemia totale ed elettroforesi delle proteine, complementemia: C3 - C4, esame urine completo, dosaggio gonadotropina corionica, gruppo ABO e Rh) e marcatori di malattie infettive (anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBcAg, anti-HBeAg, anti-HCV, anti-HIV, P24Ag, anti-CMV IgG e IgM, toxotest IgG e IgM, TPHA, HCV-NAT). | | | |
| 6.2 Raccolta di CSE da sangue midollare | | € | 16.096,25 |
| Prevede l'utilizzo della sala operatoria e del personale sanitario addetto al prelievo e alla manipolazione del midollo più materiale d'uso e comprende le eventuali visite mediche e/o gli esami chimico-clinici e/o l'eventuale terapia post prelievo. | | | |
| 6.3 Tutela del donatore | | € | 503,96 |
| Comprende la sessione informativa pre-prelievo, il predeposito di una (due) unità di sangue autologo. E' prevista, inoltre, una copertura assicurativa e il rimborso delle spese di viaggio. | | | |
| Costo totale della procedura di prelievo di CSE midollari | | | |
| | | € | 7.000,00 |
| 6.4 Trasporto | | | varie |
| Le spese di trasporto e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti. | | | |

| | |
|--|---|
| <p>7. Raccolta di CSE da periferico, dopo somministrazione di fattore di crescita</p> <p>7.1 Preliminari connessi alla raccolta</p> <p>Sono comprensivi di visite mediche (generica, cardiologica e anestesiologicala), prestazioni strumentali specialistiche (Ecg da sforzo, Rx torace AP+LL, Ecotomografia della milza), esami chimico-clinici (emocromo completo, VES, azotemia, glicemia, creatininemia, AST, ALT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, gamma-GT, uricemia, sideremia, transferrina, ferritina, ferro capacità legante transferrina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, Ca, Cl, Na, K, CPK, LDH, colinesterasi e numero di dibucaina, tempo di Quick, PTT, fibrinogeno, proteinemia totale ed elettroforesi delle proteine, complementemia: C3 - C4, esame urine completo, dosaggio gonadotropina corionica, emoglobina HBS, gruppo ABO e Rh, screening coagulativo per trombofilia: ATIII, proteina C, omocisteina, leiden fattore V) e marcatori di malattie infettive (anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBcAg, anti-HBeAg, anti-HCV, anti-HIV, P24Ag, anti-CMV IgG e IgM, toxotest IgG e IgM, TPHA, HCV-NAT).</p> <p>7.2 Somministrazione fattore di crescita (G-CSF) Comprende sino a 10 somministrazioni di fattore di crescita e la reperibilità di un medico per 7 giorni (24 ore al giorno).</p> <p>7.3 Raccolta CSE da sangue periferico Prevede l'utilizzo dell'unità di aferesi, del personale sanitario addetto al prelievo e alla manipolazione delle CSE oltre al materiale d'uso e comprende le eventuali visite mediche e/o gli esami chimico-clinici e/o l'eventuale terapia post prelievo.</p> <p>7.4 Tutela del donatore Comprende la sessione informativa pre-raccolta, il follow up del donatore fino a 10 anni dopo la donazione. E' prevista, inoltre, una copertura assicurativa e il rimborso delle spese di viaggio.</p> <p style="text-align: center;">Costo totale della procedura di raccolta</p> <p>7.5 Trasporto Le spese di trasporto e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti.</p> | <p>€ 688,91</p> <p>€ 1.704,70</p> <p>€ 3.728,65</p> <p>€ 877,74</p> <p>€ 17.000,00</p> <p>varie</p> |
| <p>8. Unità di CSE da sangue cordonale</p> <p>8.1 Concentrato di CSE da sangue cordonale Comprende il procurement dell'unità, e i costi dei preliminari connessi, del personale sanitario addetto alla manipolazione delle CSE oltre al materiale d'uso.</p> <p>8.2 Trasporto Le spese di trasporto e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti.</p> | <p>€ 17.000,00</p> <p>varie</p> |
| <p>9. Cancellazione / rinvio del trapianto A fronte di una prescrizione formale di fornitura di CSE se il trapianto è annullato o rinviato, un onere è comunque addebitato a chi sostiene economicamente la ricerca.</p> <p>Le tariffe sottoriportate sono quelle massime addebitabili: di volta in volta saranno determinate in funzione delle prestazioni realmente eseguite.</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>9.1 Da donatore adulto già sottoposto ad esami medici Se, successivamente al rinvio del trapianto, il trattamento trapiantologico viene effettivamente eseguito, l'importo indicato sarà dedotto dalle spese di cui ai punti 6.1, 6.3, 7.1 e 7.4. Tuttavia, nel caso si renda necessario provvedere alla ripetizione di tutte o parte delle prestazioni indicate ai punti 6.1 e 7.1. i costi rispettivi saranno addebitati congiuntamente ad ulteriori eventuali spese.</p> <p>9.2 Da donatore adulto non ancora sottoposto ad esami medici Sono a carico del centro richiedente solo la sessione informativa, il rimborso del viaggio e le spese amministrative.</p> <p>9.3 Donatore già sottoposto a somministrazione fattore di crescita Costo di una somministrazione ed una giornata di reperibilità medica, da moltiplicare per il numero di somministrazioni effettuate al donatore.</p> <p>9.4 Da sangue cordonale, dopo formale reclutamento dell'unità Comprende il procurement dell'unità, e i costi dei preliminari connessi, del personale sanitario addetto alla manipolazione delle CSE oltre al materiale d'uso.</p> | <p>€ 1.227,87</p> <p>€ 398,96</p> <p>€ 324,54</p> <p>€ 1.227,87</p> |
| <p>10. Leucocitoafèresi non stimolata, successiva alla donazione di CSE</p> <p>Tale prestazione è erogabile a condizione che il donatore, in occasione della sessione informativa pre-prelievo, sia stato edotto su tale evenienza ed abbia espresso il suo consenso per iscritto.</p> <p>10.1 Concentrato leucocitario per sessione</p> <p>Prevede l'utilizzo dell'unità di afèresi, del personale sanitario addetto al prelievo oltre al materiale d'uso. E' prevista, inoltre, una copertura assicurativa e il rimborso delle spese di viaggio.</p> <p>10.2 Trasporto</p> <p>Le spese di trasporto e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti.</p> | <p>€ 538,00</p> <p>varie</p> |
| <p>11. Esami di compatibilità finale</p> <p>Per esami di compatibilità finale si intende la verifica della tipizzazione HLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del paziente, effettuata prima della selezione del donatore/unità SCO per trapianto; • del donatore, effettuata prima della selezione per trapianto; • dell'unità di sangue cordonale quale controllo di qualità pre-rilascio per trapianto <p>11.1 Esami di compatibilità finale del paziente</p> <p>Requisiti minimi: ripetizione della tipizzazione HLA A*, B* in biologia molecolare bassa risoluzione (ove questa discrimina il corrispondente split sierologico) e DRB1* in alta risoluzione – una tantum prima della selezione del donatore /SCO per trapianto e dopo l'attivazione della ricerca.</p> | <p>varie</p> |

| | | |
|--|---|--------------|
| Estrazione del DNA | € | 45,45 |
| HLA-A | € | 101,48 |
| HLA-B | € | 101,48 |
| DRB1*, DRB*3/4/5 | € | 311,57 |
| Su richiesta del Centro Trapianti possono essere erogate le seguenti ulteriori prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare: | | |
| HLA-C | € | 101,48 |
| DQA1 | € | 178,38 |
| DQB1 | € | 178,38 |
| DPA1 | € | 155,29 |
| DPB1 | € | 188,71 |
| | | varie |
| 11.2 Esami di compatibilità finale del donatore | | |
| Requisiti minimi: conferma della tipizzazione HLA A*, B*, C*, DRB1*, DQB1* in biologia molecolare ad alta risoluzione. | | |
| Estrazione del DNA | € | 45,45 |
| HLA-A | € | 101,48 |
| HLA-B | € | 101,48 |
| HLA-C | € | 101,48 |
| DRB1*, DRB*3/4/5 | € | 311,57 |
| DQB1 | € | 178,38 |
| Su richiesta del Centro Trapianti possono essere erogate le seguenti ulteriori prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare: | | |
| DQA1 | € | 178,38 |
| DPA1 | € | 155,29 |
| DPB1 | € | 188,71 |
| | € | 45,45 |
| 11.3 Esami di compatibilità finale sull'unità SCO | | |
| Estrazione del DNA | € | 416,30 |
| Conferma della tipizzazione HLA A*, B*, e DRB1* in biologia molecolare bassa risoluzione sull'unità selezionata per trapianto. | | |

**PROGRAMMA DI ARRUOLAMENTO DI NUOVI DONATORI DI CELLULE STAMINALI
EMOPOIETICHE (REGISTRO ITALIANO DONATORI MIDOLLO OSSEO)**

Come stabilito dalla Commissione Salute nelle sedute del 12/03/2014 e 26/03/2014, a partire dal 1° luglio 2014 è stato previsto di introdurre una tariffa forfetaria di 180,00 euro per l'attività svolta dall'IBMDR per il reclutamento di potenziali nuovi donatori da iscrivere e inserire nel database nazionale, nell'ambito della ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche.

Per quanto riguarda il rimborso delle spese di typing HLA-A, B, C, DRB1 in alta risoluzione per l'iscrizione dei donatori sostenute dai laboratori HLA accreditati EFI e operativi nel circuito IBMDR, è istituito un nuovo flusso così regolato: l'Ospedale Galliera di Genova, ogni anno, renderà alla Regione Liguria l'attività svolta per ogni Registro Regionale; la Regione Liguria comunicherà gli addebiti alle Regioni sedi dei relativi Registri.

Si ricorda che *"Il donatore ha il diritto ed il dovere di mantenere l'anonimato sia nei confronti del ricevente sia nei confronti di terzi"* (art. 4, comma 3, legge n. 52 del 6 marzo 2001), pertanto nello scambio dei dati ai fini della compensazione della mobilità sanitaria, il donatore sarà individuato unicamente attraverso una stringa alfanumerica (codice del donatore).

Dettaglio tariffa:

| Codice | Prestazione | Quantità | Tariffa |
|---------------|--|-----------------|----------------|
| 89.03 | ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE (visita M. Trasfusionale) | 1 | 20,66 |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO | 1 | 2,58 |
| | COSTO PER LA PROMOZIONE PROPAGANDA (PER ASSOCIAZIONE DONATORI MIDOLLO OSSEO) | 1 | 6,36 |
| | ESTRAZIONE ACIDI NUCLEICI E TIPIZZAZIONE HLA-A,B,C E DRB1 (CON METODICHE DI SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE ALTA RISOLUZIONE) | 1 | 150,40 |
| | TOTALE | | 180,00 |

**TARIFFA PER LO SCAMBIO DI MOBILITA' INTERREGIONALE - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2014-2015-2016-2017**

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|--|-------------------------------------|------------------------|--|--|-------------------------------|---|
| Alta complessità | 1 | C | 001 | Craniotomia, età > 17 anni con CC | 15.085 | | | 3.616 | 53 | 314 | 4,1798 |
| Alta complessità | 1 | C | 002 | Craniotomia, età > 17 anni senza CC | 11.872 | | | 3.367 | 34 | 304 | 3,1739 |
| Alta complessità | 1 | C | 003 | Craniotomia, età < 18 anni | 8.860 | | | 2.370 | 40 | 213 | 2,3194 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | C | 006 | Decompressione del tunnel carpale | 589 | 654 | 654 | 569 | 4 | 118 | 0,7369 |
| Alta complessità | 1 | C | 007 | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC | 10.658 | 2.585 | 2.585 | 2.383 | 39 | 252 | 2,3427 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | C | 008 | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC | 2.326 | 2.585 | 2.585 | 1.331 | 10 | 196 | 1,5811 |
| | 1 | M | 009 | Malattie e traumatismi del midollo spinale | 3.589 | 329 | 329 | 522 | 24 | 219 | 1,2757 |
| | 1 | M | 010 | Neoplasie del sistema nervoso con CC | 4.332 | 298 | 298 | 445 | 33 | 152 | 1,3787 |
| | 1 | M | 011 | Neoplasie del sistema nervoso senza CC | 3.316 | 298 | 298 | 437 | 32 | 164 | 1,0329 |
| | 1 | M | 012 | Malattie degenerative del sistema nervoso | 2.850 | 196 | 196 | 367 | 23 | 131 | 0,9103 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | M | 013 | Sclerosi multipla e atassia cerebellare | 1.419 | 188 | 188 | 331 | 17 | 96 | 0,7921 |
| | 1 | M | 014 | Emorragia intracranica o infarto cerebrale | 3.891 | 239 | 239 | 442 | 30 | 159 | 1,2605 |
| | 1 | M | 015 | Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto | 2.967 | 234 | 234 | 427 | 23 | 156 | 0,8996 |
| | 1 | M | 016 | Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC | 4.553 | 226 | 226 | 477 | 24 | 147 | 1,2715 |
| | 1 | M | 017 | Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC | 2.549 | 226 | 226 | 378 | 17 | 151 | 0,8471 |
| | 1 | M | 018 | Malattie dei nervi cranici e periferici con CC | 3.353 | 223 | 223 | 405 | 24 | 149 | 1,0912 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | M | 019 | Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC | 1.210 | 197 | 197 | 324 | 20 | 101 | 0,7168 |
| | 1 | M | 021 | Meningite virale | 2.629 | 215 | 215 | 308 | 22 | 143 | 0,7956 |
| | 1 | M | 022 | Encefalopatia ipertensiva | 2.989 | 298 | 298 | 576 | 14 | 199 | 0,9386 |
| | 1 | M | 023 | Stato stuporoso e coma di origine non traumatica | 2.489 | 263 | 263 | 430 | 27 | 175 | 0,8025 |
| | 1 | M | 026 | Convulsioni e cefalea, età < 18 anni | 1.729 | 231 | 231 | 376 | 10 | 154 | 0,4853 |
| | 1 | M | 027 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora | 4.986 | | | 624 | 28 | 239 | 1,5179 |
| | 1 | M | 028 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC | 4.118 | | | 562 | 27 | 213 | 1,3120 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 1 | M | 029 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC | 3.180 | | | 478 | 18 | 216 | 0,8898 |
| | 1 | M | 030 | Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni | 1.409 | | | 476 | 4 | 208 | 0,4185 |
| | 1 | M | 031 | Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC | 3.087 | 337 | 337 | 557 | 17 | 243 | 1,1124 |
| | 1 | M | 032 | Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC | 2.042 | 337 | 337 | 492 | 10 | 225 | 0,7013 |
| | 1 | M | 033 | Commozione cerebrale, età < 18 anni | 1.224 | 321 | 321 | 483 | 4 | 214 | 0,4028 |
| | 1 | M | 034 | Altre malattie del sistema nervoso con CC | 3.369 | 234 | 234 | 423 | 31 | 156 | 1,1364 |
| | 1 | M | 035 | Altre malattie del sistema nervoso senza CC | 2.077 | 234 | 234 | 389 | 21 | 163 | 0,6807 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 036 | Interventi sulla retina | 1.549 | 1.491 | 1.491 | 756 | 10 | 164 | 0,8348 |
| | 2 | C | 037 | Interventi sull'orbita | 4.930 | 1.910 | 1.910 | 1.574 | 17 | 254 | 1,4700 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 038 | Interventi primari sull'iride | 1.536 | 1.189 | 1.189 | 592 | 10 | 113 | 0,8505 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 039 | Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia | 895 | 994 | 994 | 487 | 4 | 102 | 0,4834 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 040 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni | 1.453 | 1.615 | 1.615 | 734 | 7 | 141 | 0,8800 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 041 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni | 1.199 | 1.296 | 1.296 | 757 | 4 | 177 | 0,5851 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | C | 042 | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino | 1.641 | 1.522 | 1.522 | 761 | 10 | 143 | 0,8445 |
| | 2 | M | 043 | Ifema | 1.225 | 210 | 210 | 306 | 10 | 140 | 0,4338 |
| | 2 | M | 044 | Infezioni acute maggiori dell'occhio | 1.981 | 193 | 193 | 273 | 20 | 128 | 0,6302 |
| | 2 | M | 045 | Malattie neurologiche dell'occhio | 2.486 | 256 | 256 | 403 | 17 | 171 | 0,7576 |
| | 2 | M | 046 | Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC | 2.684 | 224 | 224 | 430 | 24 | 178 | 0,8331 |
| Potenzialmente inappropriato | 2 | M | 047 | Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC | 1.051 | 224 | 224 | 358 | 14 | 114 | 0,5865 |
| | 2 | M | 048 | Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni | 1.638 | 212 | 212 | 291 | 10 | 141 | 0,4041 |
| Alta complessità | 3 | C | 049 | Interventi maggiori sul capo e sul collo | 6.619 | 2.472 | 2.472 | 2.424 | 35 | 333 | 2,0117 |
| | 3 | C | 050 | Sialoadenectomia | 3.607 | 1.805 | 1.805 | 1.495 | 11 | 348 | 1,2243 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 051 | Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia | 1.623 | 1.478 | 1.478 | 737 | 10 | 145 | 1,0207 |
| | 3 | C | 052 | Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi | 3.622 | 1.220 | 1.220 | 1.021 | 14 | 240 | 1,0245 |
| | 3 | C | 053 | Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni | 2.798 | 2.009 | 2.009 | 1.676 | 7 | 367 | 0,9386 |
| | 3 | C | 054 | Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni | 3.100 | 1.982 | 1.982 | 1.647 | 10 | 311 | 1,0271 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 055 | Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola | 1.485 | 1.613 | 1.613 | 827 | 4 | 145 | 0,8198 |
| | 3 | C | 056 | Rinoplastica | 2.573 | 1.726 | 1.726 | 1.453 | 7 | 269 | 0,9354 |
| | 3 | C | 057 | Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni | 1.889 | 871 | 871 | 721 | 7 | 197 | 0,5965 |
| | 3 | C | 058 | Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni | 1.745 | 924 | 924 | 749 | 4 | 195 | 0,5327 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 059 | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni | 868 | 964 | 964 | 463 | 7 | 139 | 0,5892 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 060 | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni | 588 | 653 | 653 | 312 | 4 | 92 | 0,3999 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 061 | Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni | 1.683 | 1.735 | 1.735 | 896 | 7 | 210 | 1,1514 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 062 | Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni | 1.162 | 1.069 | 1.069 | 632 | 4 | 167 | 0,5501 |
| | 3 | C | 063 | Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola | 4.378 | 2.134 | 2.134 | 1.783 | 13 | 264 | 1,4586 |
| | 3 | M | 064 | Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola | 3.486 | 317 | 317 | 615 | 28 | 174 | 1,1392 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | M | 065 | Alterazioni dell'equilibrio | 953 | 198 | 198 | 329 | 13 | 101 | 0,5827 |
| | 3 | M | 066 | Epistassi | 1.575 | 231 | 231 | 416 | 13 | 154 | 0,5555 |
| | 3 | M | 067 | Epiglottite | 1.678 | 250 | 250 | 387 | 10 | 166 | 0,5478 |
| | 3 | M | 068 | Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC | 1.935 | 210 | 210 | 315 | 16 | 140 | 0,6264 |
| | 3 | M | 069 | Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC | 1.247 | 224 | 224 | 311 | 10 | 149 | 0,4364 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | M | 070 | Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni | 662 | 165 | 165 | 269 | 7 | 91 | 0,3156 |
| | 3 | M | 071 | Laringotracheite | 625 | 162 | 162 | 226 | 10 | 108 | 0,2391 |
| | 3 | M | 072 | Traumatismi e deformità del naso | 1.853 | 333 | 333 | 533 | 10 | 222 | 0,6547 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | M | 073 | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni | 1.186 | 240 | 240 | 415 | 13 | 122 | 0,6101 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | M | 074 | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni | 739 | 173 | 173 | 316 | 7 | 95 | 0,3479 |
| Alta complessità | 4 | C | 075 | Interventi maggiori sul torace | 8.737 | 2.438 | 2.438 | 2.270 | 28 | 279 | 2,3960 |
| Alta complessità | 4 | C | 076 | Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC | 9.650 | 1.682 | 1.682 | 1.729 | 44 | 237 | 2,4914 |
| | 4 | C | 077 | Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC | 4.639 | 1.682 | 1.682 | 1.298 | 31 | 237 | 1,4990 |
| | 4 | M | 078 | Embolia polmonare | 4.009 | 243 | 243 | 405 | 31 | 162 | 1,3409 |
| | 4 | M | 079 | Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC | 5.744 | 222 | 222 | 450 | 40 | 148 | 1,7612 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 4 | M | 080 | Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC | 4.422 | 199 | 199 | 311 | 44 | 133 | 1,2661 |
| | 4 | M | 081 | Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni | 5.768 | 345 | 345 | 552 | 27 | 230 | 2,1163 |
| | 4 | M | 082 | Neoplasie dell'apparato respiratorio | 4.161 | 283 | 283 | 484 | 34 | 156 | 1,3292 |
| | 4 | M | 083 | Traumi maggiori del torace con CC | 2.619 | 268 | 268 | 432 | 20 | 178 | 0,8415 |
| | 4 | M | 084 | Traumi maggiori del torace senza CC | 1.718 | 268 | 268 | 402 | 10 | 179 | 0,5879 |
| | 4 | M | 085 | Versamento pleurico con CC | 4.260 | 230 | 230 | 476 | 30 | 154 | 1,3703 |
| | 4 | M | 086 | Versamento pleurico senza CC | 2.867 | 227 | 227 | 380 | 30 | 151 | 1,0366 |
| | 4 | M | 087 | Edema polmonare e insufficienza respiratoria | 3.802 | 219 | 219 | 397 | 27 | 146 | 1,2243 |
| Potenzialmente inappropriato | 4 | M | 088 | Malattia polmonare cronica ostruttiva | 1.600 | 170 | 170 | 290 | 21 | 87 | 0,8209 |
| | 4 | M | 089 | Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC | 3.558 | 212 | 212 | 359 | 28 | 141 | 1,1394 |
| | 4 | M | 090 | Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC | 2.291 | 200 | 200 | 282 | 24 | 134 | 0,7579 |
| | 4 | M | 091 | Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni | 1.948 | 188 | 188 | 258 | 14 | 125 | 0,4735 |
| | 4 | M | 092 | Malattia polmonare interstiziale con CC | 4.481 | 234 | 234 | 405 | 27 | 156 | 1,2842 |
| | 4 | M | 093 | Malattia polmonare interstiziale senza CC | 2.999 | 212 | 212 | 461 | 23 | 141 | 0,9037 |
| | 4 | M | 094 | Pneumotorace con CC | 3.265 | 245 | 245 | 425 | 27 | 163 | 1,2102 |
| | 4 | M | 095 | Pneumotorace senza CC | 1.818 | 223 | 223 | 343 | 17 | 148 | 0,6905 |
| | 4 | M | 096 | Bronchite e asma, età > 17 anni con CC | 2.537 | 198 | 198 | 296 | 18 | 132 | 0,8033 |
| | 4 | M | 097 | Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC | 1.832 | 197 | 197 | 274 | 17 | 132 | 0,5563 |
| | 4 | M | 098 | Bronchite e asma, età < 18 anni | 1.538 | 185 | 185 | 256 | 10 | 123 | 0,3816 |
| | 4 | M | 099 | Segni e sintomi respiratori con CC | 2.782 | 206 | 206 | 337 | 27 | 134 | 0,8876 |
| | 4 | M | 100 | Segni e sintomi respiratori senza CC | 1.484 | 206 | 206 | 313 | 14 | 137 | 0,4835 |
| | 4 | M | 101 | Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC | 2.666 | 219 | 219 | 353 | 24 | 138 | 0,9305 |
| | 4 | M | 102 | Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC | 1.724 | 219 | 219 | 335 | 13 | 146 | 0,6018 |
| Alta complessità | Pre | C | 103 | Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca | 62.602 | | | | 91 | 602 | 14,5725 |
| Alta complessità | 5 | C | 104 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco | 24.675 | | | 9.532 | 35 | 419 | 6,0620 |
| Alta complessità | 5 | C | 105 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco | 20.487 | | | 7.406 | 28 | 375 | 4,5572 |
| Alta complessità | 5 | C | 106 | Bypass coronarico con PTCA | 27.519 | | | 7.737 | 39 | 379 | 5,4736 |
| Alta complessità | 5 | C | 108 | Altri interventi cardiotoracici | 16.419 | | | 5.226 | 37 | 336 | 4,1166 |
| Alta complessità | 5 | C | 110 | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC | 14.208 | | | 4.598 | 33 | 339 | 3,3918 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Alta complessità | 5 | C | 111 | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC | 10.500 | | | 4.399 | 24 | 295 | 2,5742 |
| | 5 | C | 113 | Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede | 11.031 | | | 2.206 | 57 | 176 | 3,1389 |
| | 5 | C | 114 | Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio | 6.056 | 1.820 | 1.820 | 1.278 | 45 | 174 | 1,8488 |
| | 5 | C | 117 | Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione | 3.547 | 1.562 | 1.562 | 1.279 | 17 | 165 | 1,0645 |
| | 5 | C | 118 | Sostituzione di pacemaker cardiaco | 3.232 | 2.007 | 2.007 | 1.708 | 7 | 174 | 1,0532 |
| Potenzialmente inappropriato | 5 | C | 119 | Legatura e stripping di vene | 1.402 | 1.558 | 1.558 | 1.381 | 4 | 383 | 0,7350 |
| | 5 | C | 120 | Altri interventi sull'apparato circolatorio | 6.876 | 2.544 | 2.544 | 1.898 | 37 | 230 | 2,0581 |
| | 5 | M | 121 | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi | 4.700 | | | 597 | 21 | 174 | 1,5817 |
| | 5 | M | 122 | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi | 3.377 | | | 587 | 17 | 196 | 1,2157 |
| | 5 | M | 123 | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti | 4.018 | | | 585 | 23 | 175 | 1,3033 |
| | 5 | M | 124 | Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata | 3.392 | 1.142 | 1.142 | 866 | 21 | 200 | 1,1950 |
| | 5 | M | 125 | Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata | 2.142 | 1.142 | 1.142 | 863 | 7 | 193 | 0,7002 |
| | 5 | M | 126 | Endocardite acuta e subacuta | 10.573 | 268 | 268 | 868 | 74 | 179 | 3,7891 |
| | 5 | M | 127 | Insufficienza cardiaca e shock | 3.052 | 215 | 215 | 416 | 21 | 143 | 1,0270 |
| | 5 | M | 128 | Tromboflebite delle vene profonde | 2.315 | 221 | 221 | 340 | 21 | 147 | 0,7518 |
| | 5 | M | 129 | Arresto cardiaco senza causa apparente | 4.000 | | | 503 | 32 | 172 | 1,3124 |
| | 5 | M | 130 | Malattie vascolari periferiche con CC | 3.308 | 237 | 237 | 423 | 23 | 158 | 1,0117 |
| Potenzialmente inappropriato | 5 | M | 131 | Malattie vascolari periferiche senza CC | 1.090 | 175 | 175 | 284 | 21 | 89 | 0,5993 |
| | 5 | M | 132 | Aterosclerosi con CC | 2.443 | 205 | 205 | 333 | 20 | 137 | 0,8086 |
| Potenzialmente inappropriato | 5 | M | 133 | Aterosclerosi senza CC | 990 | 193 | 193 | 349 | 17 | 98 | 0,6284 |
| Potenzialmente inappropriato | 5 | M | 134 | Ipertensione | 963 | 197 | 197 | 333 | 17 | 100 | 0,6701 |
| | 5 | M | 135 | Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC | 2.963 | 239 | 239 | 455 | 24 | 160 | 0,9689 |
| | 5 | M | 136 | Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC | 2.073 | 222 | 222 | 434 | 17 | 148 | 0,6748 |
| | 5 | M | 137 | Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni | 3.201 | 312 | 312 | 559 | 10 | 208 | 0,8484 |
| | 5 | M | 138 | Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC | 2.375 | 229 | 229 | 404 | 17 | 152 | 0,8028 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 5 | M | 139 | Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC | 974 | 183 | 183 | 325 | 10 | 93 | 0,5223 |
| | 5 | M | 140 | Angina pectoris | 1.870 | 193 | 193 | 297 | 14 | 129 | 0,6197 |
| | 5 | M | 141 | Sincope e collasso con CC | 2.393 | 242 | 242 | 410 | 20 | 161 | 0,7693 |
| Potenzialmente inappropriato | 5 | M | 142 | Sincope e collasso senza CC | 1.004 | 208 | 208 | 363 | 13 | 106 | 0,5969 |
| | 5 | M | 143 | Dolore toracico | 1.399 | 221 | 221 | 344 | 10 | 147 | 0,4879 |
| | 5 | M | 144 | Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC | 3.910 | 259 | 259 | 666 | 23 | 173 | 1,1779 |
| | 5 | M | 145 | Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC | 2.097 | 220 | 220 | 367 | 21 | 147 | 0,6869 |
| Alta complessità | 6 | C | 146 | Resezione rettale con CC | 11.203 | 2.311 | 2.311 | 2.539 | 45 | 217 | 2,9562 |
| Alta complessità | 6 | C | 147 | Resezione rettale senza CC | 7.475 | 2.311 | 2.311 | 2.283 | 37 | 274 | 2,1564 |
| Alta complessità | 6 | C | 149 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC | 7.113 | 1.280 | 1.280 | 1.986 | 28 | 231 | 1,9057 |
| | 6 | C | 150 | Lisi di aderenze peritoneali con CC | 7.577 | 1.873 | 1.873 | 1.888 | 30 | 207 | 2,3632 |
| | 6 | C | 151 | Lisi di aderenze peritoneali senza CC | 4.378 | 1.873 | 1.873 | 1.539 | 17 | 218 | 1,5241 |
| | 6 | C | 152 | Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC | 6.051 | 1.622 | 1.622 | 1.382 | 33 | 158 | 1,9591 |
| | 6 | C | 153 | Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC | 4.491 | 1.622 | 1.622 | 1.335 | 20 | 205 | 1,3960 |
| | 6 | C | 155 | Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC | 6.566 | 1.888 | 1.888 | 1.557 | 34 | 207 | 2,1457 |
| Alta complessità | 6 | C | 156 | Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni | 5.154 | 876 | 876 | 824 | 24 | 130 | 1,2426 |
| | 6 | C | 157 | Interventi su ano e stoma con CC | 3.808 | 1.007 | 1.007 | 1.010 | 21 | 192 | 1,1158 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | C | 158 | Interventi su ano e stoma senza CC | 1.202 | 1.007 | 1.007 | 1.069 | 10 | 126 | 0,6093 |
| | 6 | C | 159 | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC | 4.892 | 1.523 | 1.523 | 1.453 | 27 | 198 | 1,4492 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | C | 160 | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC | 1.371 | 1.523 | 1.523 | 575 | 13 | 94 | 1,0953 |
| | 6 | C | 161 | Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC | 3.571 | 1.280 | 1.280 | 1.240 | 13 | 212 | 0,9993 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | C | 162 | Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC | 1.168 | 1.280 | 1.280 | 649 | 7 | 137 | 0,7448 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | C | 163 | Interventi per ernia, età < 18 anni | 1.093 | 1.214 | 1.214 | 603 | 4 | 146 | 0,6383 |
| | 6 | C | 164 | Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC | 5.735 | | | 1.538 | 21 | 228 | 1,4998 |
| | 6 | C | 165 | Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC | 3.514 | | | 1.270 | 14 | 228 | 1,1181 |
| | 6 | C | 166 | Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC | 3.751 | 1.263 | 1.263 | 1.190 | 14 | 204 | 1,1639 |
| | 6 | C | 167 | Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC | 2.560 | 1.263 | 1.263 | 1.044 | 8 | 219 | 0,8102 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 168 | Interventi sulla bocca con CC | 1.626 | 1.361 | 1.361 | 779 | 10 | 169 | 1,0520 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | C | 169 | Interventi sulla bocca senza CC | 1.459 | 1.361 | 1.361 | 687 | 7 | 161 | 0,9013 |
| | 6 | C | 170 | Altri interventi sull'apparato digerente con CC | 8.810 | 1.578 | 1.578 | 1.814 | 47 | 190 | 2,6806 |
| | 6 | C | 171 | Altri interventi sull'apparato digerente senza CC | 4.498 | 1.578 | 1.578 | 1.278 | 31 | 193 | 1,6750 |
| | 6 | M | 172 | Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC | 4.550 | 303 | 303 | 691 | 37 | 167 | 1,4942 |
| | 6 | M | 173 | Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC | 2.564 | 274 | 274 | 493 | 28 | 151 | 0,8939 |
| | 6 | M | 174 | Emorragia gastrointestinale con CC | 3.317 | 238 | 238 | 614 | 21 | 159 | 1,0599 |
| | 6 | M | 175 | Emorragia gastrointestinale senza CC | 2.091 | 216 | 216 | 403 | 17 | 144 | 0,6562 |
| | 6 | M | 176 | Ulcera peptica complicata | 3.230 | 236 | 236 | 579 | 20 | 157 | 1,0127 |
| | 6 | M | 177 | Ulcera peptica non complicata con CC | 3.148 | 230 | 230 | 504 | 21 | 153 | 0,9769 |
| | 6 | M | 178 | Ulcera peptica non complicata senza CC | 2.269 | 224 | 224 | 383 | 17 | 150 | 0,7185 |
| | 6 | M | 179 | Malattie infiammatorie dell'intestino | 3.236 | 243 | 243 | 426 | 27 | 162 | 1,0586 |
| | 6 | M | 180 | Occlusione gastrointestinale con CC | 2.841 | 228 | 228 | 383 | 23 | 152 | 0,8868 |
| | 6 | M | 181 | Occlusione gastrointestinale senza CC | 1.732 | 210 | 210 | 300 | 14 | 140 | 0,5614 |
| | 6 | M | 182 | Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC | 2.465 | 222 | 222 | 368 | 20 | 148 | 0,7681 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | M | 183 | Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC | 959 | 179 | 179 | 295 | 13 | 91 | 0,5568 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | M | 184 | Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni | 785 | 156 | 156 | 259 | 7 | 85 | 0,3014 |
| | 3 | M | 185 | Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni | 2.051 | 269 | 269 | 453 | 18 | 180 | 0,6621 |
| | 3 | M | 186 | Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni | 1.595 | 241 | 241 | 345 | 10 | 161 | 0,4601 |
| Potenzialmente inappropriato | 3 | M | 187 | Estrazioni e riparazioni dentali | 775 | 281 | 281 | 545 | 7 | 143 | 0,5300 |
| | 6 | M | 188 | Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC | 3.215 | 238 | 238 | 504 | 24 | 159 | 1,0034 |
| Potenzialmente inappropriato | 6 | M | 189 | Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC | 855 | 178 | 178 | 315 | 14 | 91 | 0,5224 |
| | 6 | M | 190 | Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni | 1.634 | 214 | 214 | 344 | 7 | 142 | 0,3783 |
| Alta complessità | 7 | C | 191 | Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC | 13.929 | 2.583 | 2.583 | 3.427 | 57 | 353 | 3,5599 |
| Alta complessità | 7 | C | 192 | Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC | 9.558 | 2.583 | 2.583 | 2.499 | 37 | 316 | 2,5966 |
| Alta complessità | 7 | C | 193 | Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC | 13.509 | 2.449 | 2.449 | 2.660 | 60 | 238 | 3,6085 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 7 | C | 194 | Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 8.789 | 2.449 | 2.449 | 1.993 | 51 | 225 | 2,9871 |
| | 7 | C | 195 | Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC | 10.574 | 2.170 | 2.170 | 1.989 | 40 | 176 | 2,4776 |
| | 7 | C | 196 | Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 8.007 | 2.170 | 2.170 | 1.770 | 24 | 182 | 2,1918 |
| | 7 | C | 197 | Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC | 8.596 | | | 1.781 | 40 | 185 | 2,4752 |
| | 7 | C | 198 | Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 5.293 | | | 1.383 | 24 | 186 | 1,5546 |
| | 7 | C | 199 | Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne | 6.902 | 2.392 | 2.392 | 1.824 | 45 | 195 | 2,2656 |
| | 7 | C | 200 | Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne | 7.535 | 2.297 | 2.297 | 1.657 | 50 | 226 | 2,7306 |
| | 7 | C | 201 | Altri interventi epatobiliari o sul pancreas | 8.585 | 3.398 | 3.398 | 2.391 | 51 | 301 | 2,8743 |
| | 7 | M | 202 | Cirrosi e epatite alcolica | 4.013 | 277 | 277 | 661 | 27 | 185 | 1,2862 |
| | 7 | M | 203 | Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | 4.085 | 314 | 314 | 687 | 35 | 173 | 1,2825 |
| | 7 | M | 204 | Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne | 3.195 | 217 | 217 | 396 | 24 | 145 | 1,0518 |
| | 7 | M | 205 | Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC | 3.760 | 236 | 236 | 498 | 27 | 157 | 1,1589 |
| Potenzialmente inappropriato | 7 | M | 206 | Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC | 1.407 | 195 | 195 | 324 | 21 | 99 | 0,8236 |
| | 7 | M | 207 | Malattie delle vie biliari con CC | 3.733 | 232 | 232 | 588 | 24 | 155 | 1,1620 |
| Potenzialmente inappropriato | 7 | M | 208 | Malattie delle vie biliari senza CC | 1.171 | 172 | 172 | 390 | 17 | 88 | 0,6681 |
| | 8 | C | 210 | Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC | 6.920 | | | 1.926 | 32 | 171 | 2,0942 |
| | 8 | C | 211 | Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC | 6.099 | 2.050 | 2.050 | 1.689 | 30 | 176 | 1,7174 |
| | 8 | C | 212 | Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni | 5.477 | 1.973 | 1.973 | 1.620 | 28 | 236 | 1,5008 |
| | 8 | C | 213 | Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 6.609 | 2.013 | 2.013 | 1.544 | 63 | 194 | 2,2148 |
| | 8 | C | 216 | Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 4.972 | 2.327 | 2.327 | 1.822 | 24 | 187 | 1,3106 |
| | 8 | C | 217 | Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 7.678 | 3.082 | 3.082 | 2.417 | 45 | 240 | 2,5978 |
| | 8 | C | 218 | Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC | 6.686 | 1.887 | 1.887 | 2.011 | 31 | 196 | 2,0194 |
| | 8 | C | 219 | Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC | 4.405 | 1.887 | 1.887 | 1.572 | 20 | 209 | 1,3446 |
| | 8 | C | 220 | Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni | 3.286 | 1.298 | 1.298 | 1.090 | 17 | 178 | 1,0869 |
| | 8 | C | 223 | Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC | 3.041 | 1.889 | 1.889 | 1.580 | 4 | 258 | 1,0013 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 8 | C | 224 | Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC | 4.391 | 1.590 | 1.590 | 1.330 | 13 | 237 | 1,0375 |
| | 8 | C | 225 | Interventi sul piede | 2.759 | 1.684 | 1.684 | 1.388 | 7 | 217 | 0,8826 |
| | 8 | C | 226 | Interventi sui tessuti molli con CC | 4.764 | 1.759 | 1.759 | 1.361 | 24 | 209 | 1,5387 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 227 | Interventi sui tessuti molli senza CC | 1.555 | 1.499 | 1.499 | 754 | 10 | 138 | 0,8846 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 228 | Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC | 1.767 | 1.686 | 1.686 | 847 | 10 | 156 | 0,9752 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 229 | Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC | 1.266 | 1.296 | 1.296 | 657 | 7 | 143 | 0,7372 |
| | 8 | C | 230 | Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore | 3.034 | 1.653 | 1.653 | 1.326 | 13 | 206 | 0,9325 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 232 | Artroscopia | 1.361 | 1.512 | 1.512 | 851 | 7 | 148 | 0,7595 |
| | 8 | C | 233 | Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC | 7.191 | 2.296 | 2.296 | 2.025 | 34 | 169 | 2,0269 |
| | 8 | C | 234 | Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC | 4.629 | 2.296 | 2.296 | 1.903 | 13 | 243 | 1,2519 |
| | 8 | M | 235 | Fratture del femore | 1.985 | 189 | 189 | 346 | 23 | 126 | 0,5858 |
| | 8 | M | 236 | Fratture dell'anca e della pelvi | 2.278 | 202 | 202 | 337 | 21 | 135 | 0,6652 |
| | 8 | M | 237 | Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia | 1.985 | 188 | 188 | 302 | 17 | 125 | 0,6533 |
| | 8 | M | 238 | Osteomielite | 5.378 | 246 | 246 | 517 | 44 | 164 | 1,7119 |
| | 8 | M | 239 | Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 3.649 | 276 | 276 | 437 | 30 | 151 | 1,1075 |
| | 8 | M | 240 | Malattie del tessuto connettivo con CC | 4.147 | 287 | 287 | 772 | 30 | 191 | 1,2952 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 241 | Malattie del tessuto connettivo senza CC | 1.497 | 201 | 201 | 400 | 20 | 102 | 0,8096 |
| | 8 | M | 242 | Artrite settica | 3.873 | 230 | 230 | 433 | 40 | 154 | 1,2626 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 243 | Affezioni mediche del dorso | 1.199 | 195 | 195 | 335 | 21 | 100 | 0,6837 |
| | 8 | M | 244 | Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC | 2.563 | 208 | 208 | 345 | 23 | 139 | 0,8398 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 245 | Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC | 1.038 | 191 | 191 | 308 | 28 | 98 | 0,5605 |
| | 8 | M | 246 | Artropatie non specifiche | 2.106 | 200 | 200 | 302 | 20 | 133 | 0,6199 |
| | 8 | M | 247 | Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo | 1.745 | 214 | 214 | 322 | 17 | 143 | 0,5435 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 248 | Tendinite, miosite e borsite | 1.178 | 173 | 173 | 304 | 23 | 88 | 0,7633 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 249 | Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 1.209 | 217 | 217 | 442 | 18 | 111 | 0,6192 |
| | 8 | M | 250 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC | 2.472 | 191 | 191 | 368 | 16 | 150 | 0,6694 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 251 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC | 753 | 191 | 191 | 322 | 7 | 97 | 0,4164 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 252 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni | 547 | 190 | 190 | 339 | 4 | 104 | 0,2983 |
| | 8 | M | 253 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC | 2.429 | 169 | 169 | 383 | 24 | 152 | 0,7515 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 254 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC | 773 | 169 | 169 | 297 | 10 | 86 | 0,4225 |
| | 8 | M | 255 | Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni | 1.406 | 198 | 198 | 300 | 7 | 132 | 0,3765 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | M | 256 | Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 940 | 237 | 237 | 445 | 14 | 121 | 0,6224 |
| | 9 | C | 257 | Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC | 3.948 | 1.771 | 1.771 | 1.422 | 14 | 251 | 1,2850 |
| | 9 | C | 258 | Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC | 3.341 | 1.771 | 1.771 | 1.461 | 14 | 272 | 1,1697 |
| | 9 | C | 259 | Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC | 2.717 | 1.362 | 1.362 | 1.113 | 13 | 244 | 1,0107 |
| | 9 | C | 260 | Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC | 2.354 | 1.362 | 1.362 | 1.174 | 10 | 289 | 0,8896 |
| | 9 | C | 261 | Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale | 3.709 | 1.960 | 1.960 | 1.630 | 10 | 271 | 1,1165 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | C | 262 | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne | 1.069 | 1.162 | 1.162 | 568 | 7 | 143 | 0,5990 |
| | 9 | C | 263 | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC | 7.107 | 1.266 | 1.266 | 1.330 | 37 | 201 | 2,3324 |
| | 9 | C | 264 | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC | 4.254 | 1.266 | 1.266 | 923 | 37 | 201 | 1,4659 |
| | 9 | C | 265 | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC | 4.130 | 1.733 | 1.733 | 1.656 | 17 | 268 | 1,2856 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | C | 266 | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC | 1.622 | 1.733 | 1.733 | 878 | 10 | 156 | 0,9665 |
| | 9 | C | 267 | Interventi perianali e pilonidali | 1.587 | 872 | 872 | 723 | 7 | 187 | 0,5312 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | C | 268 | Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella | 2.205 | 2.156 | 2.156 | 1.087 | 10 | 212 | 1,2732 |
| | 9 | C | 269 | Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC | 5.878 | 1.099 | 1.099 | 1.204 | 31 | 196 | 1,6138 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | C | 270 | Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC | 1.225 | 1.099 | 1.099 | 535 | 7 | 127 | 0,7668 |
| | 9 | M | 271 | Ulcere della pelle | 4.290 | 269 | 269 | 493 | 30 | 179 | 1,2955 |
| | 9 | M | 272 | Malattie maggiori della pelle con CC | 3.221 | 187 | 187 | 343 | 27 | 124 | 0,9417 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 9 | M | 273 | Malattie maggiori della pelle senza CC | 2.185 | 180 | 180 | 257 | 20 | 120 | 0,5861 |
| | 9 | M | 274 | Neoplasie maligne della mammella con CC | 3.983 | 259 | 259 | 399 | 34 | 142 | 1,3320 |
| | 9 | M | 275 | Neoplasie maligne della mammella senza CC | 2.213 | 237 | 237 | 289 | 17 | 130 | 0,6197 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | M | 276 | Patologie non maligne della mammella | 828 | 173 | 173 | 297 | 10 | 88 | 0,4367 |
| | 9 | M | 277 | Cellulite, età > 17 anni con CC | 3.353 | 222 | 222 | 359 | 30 | 148 | 1,0480 |
| | 9 | M | 278 | Cellulite, età > 17 anni senza CC | 2.090 | 215 | 215 | 300 | 21 | 143 | 0,6153 |
| | 9 | M | 279 | Cellulite, età < 18 anni | 1.638 | 194 | 194 | 271 | 10 | 129 | 0,4545 |
| | 9 | M | 280 | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC | 2.790 | 268 | 268 | 385 | 17 | 162 | 0,7470 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | M | 281 | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC | 901 | 268 | 268 | 421 | 7 | 137 | 0,6066 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | M | 282 | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni | 837 | 244 | 244 | 418 | 4 | 134 | 0,3376 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | M | 283 | Malattie minori della pelle con CC | 1.503 | 162 | 162 | 295 | 20 | 83 | 0,7898 |
| Potenzialmente inappropriato | 9 | M | 284 | Malattie minori della pelle senza CC | 728 | 153 | 153 | 238 | 13 | 78 | 0,4238 |
| | 10 | C | 285 | Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche | 7.698 | 2.320 | 2.320 | 1.569 | 59 | 187 | 2,5557 |
| Alta complessità | 10 | C | 286 | Interventi sul surrene e sulla ipofisi | 7.695 | 2.115 | 2.115 | 2.047 | 27 | 267 | 1,9902 |
| | 10 | C | 287 | Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche | 4.770 | 1.804 | 1.804 | 1.271 | 34 | 184 | 1,9678 |
| | 10 | C | 288 | Interventi per obesità | 5.681 | 2.518 | 2.518 | 2.089 | 17 | 226 | 1,8598 |
| | 10 | C | 289 | Interventi sulle paratiroidi | 2.926 | 1.369 | 1.369 | 1.130 | 11 | 244 | 0,8732 |
| | 10 | C | 290 | Interventi sulla tiroide | 3.340 | 1.658 | 1.658 | 1.373 | 11 | 326 | 0,9978 |
| | 10 | C | 291 | Interventi sul dotto tireoglosso | 2.573 | 1.348 | 1.348 | 1.121 | 7 | 301 | 0,8181 |
| | 10 | C | 292 | Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC | 7.959 | 1.886 | 1.886 | 2.181 | 27 | 272 | 2,2587 |
| | 10 | C | 293 | Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC | 5.308 | 1.886 | 1.886 | 1.524 | 14 | 244 | 1,4772 |
| Potenzialmente inappropriato | 10 | M | 294 | Diabete, età > 35 anni | 1.391 | 236 | 236 | 390 | 20 | 121 | 0,9845 |
| Potenzialmente inappropriato | 10 | M | 295 | Diabete, età < 36 anni | 1.162 | 160 | 160 | 282 | 17 | 88 | 0,6016 |
| | 10 | M | 296 | Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC | 2.800 | 204 | 204 | 366 | 23 | 136 | 0,8593 |
| | 10 | M | 297 | Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC | 1.758 | 191 | 191 | 273 | 21 | 127 | 0,5604 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 10 | M | 298 | Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni | 1.190 | 173 | 173 | 237 | 7 | 115 | 0,2651 |
| Potenzialmente inappropriato | 10 | M | 299 | Difetti congeniti del metabolismo | 1.606 | 222 | 222 | 437 | 17 | 113 | 0,6979 |
| | 10 | M | 300 | Malattie endocrine con CC | 3.337 | 246 | 246 | 421 | 20 | 164 | 0,9965 |
| Potenzialmente inappropriato | 10 | M | 301 | Malattie endocrine senza CC | 901 | 210 | 210 | 318 | 17 | 107 | 0,5049 |
| Alta complessità | 11 | C | 302 | Trapianto renale | 33.162 | | | | 42 | 581 | 10,2927 |
| Alta complessità | 11 | C | 303 | Interventi su rene e uretere per neoplasia | 7.386 | 2.296 | 2.296 | 2.227 | 25 | 252 | 1,9629 |
| Alta complessità | 11 | C | 304 | Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC | 7.137 | 1.857 | 1.857 | 2.024 | 34 | 249 | 1,8026 |
| | 11 | C | 305 | Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC | 4.953 | 1.857 | 1.857 | 1.531 | 20 | 236 | 1,5231 |
| | 11 | C | 306 | Prostatectomia con CC | 4.230 | 1.121 | 1.121 | 1.126 | 18 | 178 | 1,2221 |
| | 11 | C | 307 | Prostatectomia senza CC | 3.105 | 1.121 | 1.121 | 920 | 14 | 202 | 1,0155 |
| | 11 | C | 308 | Interventi minori sulla vescica con CC | 4.693 | 2.116 | 2.116 | 1.673 | 24 | 179 | 1,5522 |
| | 11 | C | 309 | Interventi minori sulla vescica senza CC | 3.397 | 2.116 | 2.116 | 1.753 | 13 | 183 | 1,0453 |
| | 11 | C | 310 | Interventi per via transuretrale con CC | 3.290 | 1.148 | 1.148 | 1.063 | 17 | 184 | 1,0057 |
| | 11 | C | 311 | Interventi per via transuretrale senza CC | 2.350 | 1.148 | 1.148 | 949 | 10 | 209 | 0,7204 |
| | 11 | C | 312 | Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC | 4.825 | 1.499 | 1.499 | 1.206 | 17 | 202 | 1,1378 |
| | 11 | C | 313 | Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC | 3.059 | 1.534 | 1.534 | 1.263 | 10 | 250 | 1,0316 |
| | 11 | C | 314 | Interventi sull'uretra, età < 18 anni | 3.637 | 1.486 | 1.486 | 1.203 | 17 | 194 | 1,2121 |
| | 11 | C | 315 | Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie | 6.709 | 2.659 | 2.659 | 2.042 | 41 | 198 | 2,0141 |
| | 11 | M | 316 | Insufficienza renale | 3.734 | 260 | 260 | 590 | 27 | 174 | 1,1501 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 317 | Ricovero per dialisi renale | 1.381 | 204 | 204 | 841 | 1 | 104 | 0,6553 |
| | 11 | M | 318 | Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC | 4.006 | 283 | 283 | 440 | 34 | 143 | 1,2854 |
| | 11 | M | 319 | Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC | 2.158 | 283 | 283 | 418 | 17 | 156 | 0,6912 |
| | 11 | M | 320 | Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC | 2.701 | 216 | 216 | 355 | 23 | 144 | 0,8462 |
| | 11 | M | 321 | Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC | 1.883 | 201 | 201 | 286 | 17 | 134 | 0,6057 |
| | 11 | M | 322 | Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni | 1.422 | 213 | 213 | 287 | 11 | 142 | 0,4272 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 323 | Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni | 1.372 | 640 | 640 | 1.614 | 10 | 146 | 0,5520 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 324 | Calcolosi urinaria senza CC | 935 | 163 | 163 | 314 | 10 | 83 | 0,4010 |
| | 11 | M | 325 | Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC | 1.878 | 203 | 203 | 357 | 17 | 135 | 0,6193 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 326 | Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC | 1.075 | 161 | 161 | 267 | 10 | 82 | 0,4283 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 327 | Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni | 947 | 160 | 160 | 276 | 7 | 88 | 0,3400 |
| | 11 | M | 328 | Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC | 2.317 | 197 | 197 | 395 | 17 | 123 | 0,6628 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 329 | Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC | 781 | 197 | 197 | 401 | 10 | 100 | 0,4816 |
| | 11 | M | 330 | Stenosi uretrale, età < 18 anni | 1.284 | 199 | 199 | 372 | 7 | 133 | 0,2655 |
| | 11 | M | 331 | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC | 3.379 | 242 | 242 | 489 | 27 | 161 | 1,0467 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 332 | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC | 1.008 | 196 | 196 | 336 | 17 | 100 | 0,6109 |
| Potenzialmente inappropriato | 11 | M | 333 | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni | 1.612 | 215 | 215 | 392 | 13 | 118 | 0,6084 |
| | 12 | C | 334 | Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC | 7.131 | | | 1.765 | 20 | 260 | 2,2241 |
| | 12 | C | 335 | Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC | 5.997 | | | 1.619 | 16 | 277 | 1,9084 |
| | 12 | C | 336 | Prostatectomia transuretrale con CC | 3.394 | 1.109 | 1.109 | 910 | 15 | 170 | 1,0273 |
| | 12 | C | 337 | Prostatectomia transuretrale senza CC | 2.652 | 1.109 | 1.109 | 911 | 11 | 219 | 0,8688 |
| | 12 | C | 338 | Interventi sul testicolo per neoplasia maligna | 2.669 | 1.531 | 1.531 | 1.244 | 10 | 249 | 0,9144 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | C | 339 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni | 1.062 | 1.193 | 1.193 | 614 | 7 | 137 | 0,6763 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | C | 340 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni | 1.199 | 1.118 | 1.118 | 648 | 4 | 181 | 0,5987 |
| | 12 | C | 341 | Interventi sul pene | 3.744 | 2.113 | 2.113 | 1.749 | 13 | 182 | 1,2213 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | C | 342 | Circoncisione, età > 17 anni | 864 | 960 | 960 | 520 | 4 | 97 | 0,5593 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | C | 343 | Circoncisione, età < 18 anni | 617 | 671 | 671 | 392 | 4 | 73 | 0,2944 |
| | 12 | C | 344 | Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne | 4.146 | 1.459 | 1.459 | 1.225 | 17 | 198 | 0,9423 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | C | 345 | Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne | 1.737 | 1.331 | 1.331 | 637 | 17 | 108 | 0,9432 |
| | 12 | M | 346 | Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC | 3.592 | 263 | 263 | 466 | 35 | 145 | 1,1847 |
| | 12 | M | 347 | Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC | 1.432 | 238 | 238 | 342 | 10 | 131 | 0,6095 |
| | 12 | M | 348 | Ipertrofia prostatica benigna con CC | 2.146 | 212 | 212 | 357 | 21 | 141 | 0,6199 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | M | 349 | Ipertrofia prostatica benigna senza CC | 901 | 151 | 151 | 241 | 10 | 77 | 0,4249 |
| | 12 | M | 350 | Inflammazioni dell'apparato riproduttivo maschile | 1.872 | 234 | 234 | 364 | 13 | 156 | 0,5708 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 12 | M | 351 | Sterilizzazione maschile | | | | | | | 0,1967 |
| Potenzialmente inappropriato | 12 | M | 352 | Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile | 781 | 229 | 229 | 424 | 7 | 117 | 0,4639 |
| Alta complessità | 13 | C | 353 | Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale | 6.203 | | | 1.916 | 22 | 253 | 1,7728 |
| | 13 | C | 354 | Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC | 6.722 | 1.455 | 1.455 | 1.386 | 37 | 197 | 2,0274 |
| | 13 | C | 355 | Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC | 3.959 | 1.455 | 1.455 | 1.185 | 15 | 225 | 1,2687 |
| | 13 | C | 356 | Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile | 2.901 | 1.496 | 1.496 | 1.242 | 11 | 244 | 0,9206 |
| Alta complessità | 13 | C | 357 | Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi | 6.791 | | | 1.840 | 27 | 222 | 1,7499 |
| | 13 | C | 358 | Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC | 4.317 | 1.436 | 1.436 | 1.293 | 15 | 223 | 1,3388 |
| | 13 | C | 359 | Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 3.027 | 1.436 | 1.436 | 1.183 | 11 | 241 | 0,9785 |
| Potenzialmente inappropriato | 13 | C | 360 | Interventi su vagina, cervice e vulva | 1.545 | 1.382 | 1.382 | 690 | 10 | 118 | 0,8575 |
| | 13 | C | 361 | Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube | 2.589 | 1.457 | 1.457 | 1.196 | 7 | 214 | 0,7171 |
| Potenzialmente inappropriato | 13 | C | 362 | Occlusione endoscopica delle tube | 1.055 | 1.173 | 1.173 | 646 | 4 | 162 | 0,5599 |
| | 13 | C | 363 | Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne | 2.555 | 1.026 | 1.026 | 849 | 10 | 199 | 0,7937 |
| Potenzialmente inappropriato | 13 | C | 364 | Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne | 917 | 1.019 | 1.019 | 527 | 4 | 133 | 0,5395 |
| | 13 | C | 365 | Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile | 2.970 | 1.639 | 1.639 | 1.303 | 23 | 249 | 1,2244 |
| | 13 | M | 366 | Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC | 4.158 | 272 | 272 | 476 | 37 | 149 | 1,3793 |
| | 13 | M | 367 | Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC | 2.041 | 219 | 219 | 317 | 21 | 120 | 0,6447 |
| | 13 | M | 368 | Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile | 1.722 | 235 | 235 | 350 | 10 | 157 | 0,5307 |
| Potenzialmente inappropriato | 13 | M | 369 | Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile | 725 | 179 | 179 | 336 | 7 | 91 | 0,4208 |
| | 14 | C | 370 | Parto cesareo con CC | 2.782 | | | 1.020 | 14 | 170 | 0,9635 |
| | 14 | C | 371 | Parto cesareo senza CC | 2.092 | | | 937 | 6 | 170 | 0,7334 |
| | 14 | M | 372 | Parto vaginale con diagnosi complicanti | 1.619 | 222 | 222 | 659 | 8 | 150 | 0,5649 |
| | 14 | M | 373 | Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 1.272 | 222 | 222 | 589 | 5 | 148 | 0,4439 |
| | 14 | C | 374 | Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento | 2.122 | 637 | 637 | 893 | 8 | 175 | 0,6946 |
| | 14 | C | 375 | Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento | 2.859 | | | 1.035 | 8 | 190 | 0,9140 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 14 | M | 376 | Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico | 1.264 | 203 | 203 | 375 | 10 | 135 | 0,4582 |
| Potenzialmente inappropriato | 14 | C | 377 | Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico | 1.787 | 1.301 | 1.301 | 849 | 7 | 130 | 0,7871 |
| | 14 | M | 378 | Gravidanza ectopica | 1.629 | 239 | 239 | 602 | 10 | 159 | 0,5765 |
| | 14 | M | 379 | Minaccia di aborto | 1.376 | 177 | 177 | 445 | 10 | 118 | 0,4424 |
| | 14 | M | 380 | Aborto senza dilatazione e raschiamento | 1.133 | 209 | 209 | 422 | 7 | 139 | 0,3888 |
| Potenzialmente inappropriato | 14 | C | 381 | Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia | 989 | 1.099 | 1.099 | 543 | 4 | 149 | 0,4568 |
| | 14 | M | 382 | Falso travaglio | 612 | 136 | 136 | 247 | 4 | 91 | 0,2032 |
| | 14 | M | 383 | Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche | 1.262 | 190 | 190 | 346 | 10 | 127 | 0,4019 |
| Potenzialmente inappropriato | 14 | M | 384 | Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche | 763 | 150 | 150 | 332 | 14 | 77 | 0,3964 |
| | 15 | M | 385 | Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti | 5.435 | | | 344 | 4 | 84 | 0,6891 |
| Alta complessità | 15 | M | 386 | Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio | 30.738 | 532 | 532 | | 135 | 354 | 8,6877 |
| Alta complessità | 15 | M | 387 | Prematurità con affezioni maggiori | 14.151 | 514 | 514 | | 51 | 343 | 3,5317 |
| | 15 | M | 388 | Prematurità senza affezioni maggiori | 5.435 | 227 | 227 | | 20 | 151 | 0,8326 |
| | 15 | M | 389 | Neonati a termine con affezioni maggiori | 3.919 | 262 | 262 | | 11 | 175 | 0,7041 |
| | 15 | M | 390 | Neonati con altre affezioni significative | 1.146 | 154 | 154 | | 5 | 103 | 0,2085 |
| | 15 | M | 391 | Neonato normale | 560 | | | | 5 | | 0,1598 |
| | 16 | C | 392 | Splenectomia, età > 17 anni | 6.624 | | | 1.812 | 22 | 211 | 1,9909 |
| | 16 | C | 393 | Splenectomia, età < 18 anni | 4.703 | | | 1.158 | 13 | 155 | 1,1225 |
| | 16 | C | 394 | Altri interventi sugli organi emopoietici | 4.179 | 1.587 | 1.587 | 1.160 | 17 | 183 | 1,1177 |
| Potenzialmente inappropriato | 16 | M | 395 | Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni | 1.676 | 216 | 216 | 429 | 23 | 91 | 0,8552 |
| Potenzialmente inappropriato | 16 | M | 396 | Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni | 1.190 | 247 | 247 | 367 | 13 | 112 | 0,5775 |
| | 16 | M | 397 | Disturbi della coagulazione | 2.748 | 271 | 271 | 583 | 20 | 181 | 0,9347 |
| | 16 | M | 398 | Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC | 3.589 | 218 | 218 | 393 | 27 | 145 | 1,2182 |
| Potenzialmente inappropriato | 16 | M | 399 | Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC | 1.704 | 192 | 192 | 305 | 17 | 98 | 0,6982 |
| Alta complessità | 17 | C | 401 | Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC | 11.719 | 1.534 | 1.534 | 2.153 | 55 | 230 | 3,0119 |
| | 17 | C | 402 | Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC | 3.944 | 1.534 | 1.534 | 1.183 | 24 | 207 | 1,4116 |
| Alta complessità | 17 | M | 403 | Linfoma e leucemia non acuta con CC | 7.185 | 336 | 336 | 1.022 | 40 | 224 | 1,8616 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 17 | M | 404 | Linfoma e leucemia non acuta senza CC | 1.823 | 273 | 273 | 461 | 24 | 115 | 1,1010 |
| Alta complessità | 17 | M | 405 | Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni | 11.143 | 401 | 401 | 2.309 | 86 | 267 | 2,9459 |
| Alta complessità | 17 | C | 406 | Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC | 11.178 | 1.993 | 1.993 | 2.411 | 43 | 236 | 2,9175 |
| | 17 | C | 407 | Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC | 5.668 | 1.993 | 1.993 | 1.625 | 27 | 246 | 1,8956 |
| | 17 | C | 408 | Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi | 4.384 | 2.427 | 2.427 | 1.923 | 13 | 332 | 1,4917 |
| Potenzialmente inappropriato | 17 | M | 409 | Radioterapia | 1.471 | 353 | 353 | 602 | 31 | 180 | 0,8811 |
| Potenzialmente inappropriato | 17 | M | 410 | Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta | 1.792 | 371 | 371 | 496 | 7 | 156 | 0,7539 |
| Potenzialmente inappropriato | 17 | M | 411 | Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia | 868 | 154 | 154 | 220 | 13 | 64 | 0,4822 |
| Potenzialmente inappropriato | 17 | M | 412 | Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia | 734 | 230 | 230 | 337 | 10 | 97 | 0,4948 |
| | 17 | M | 413 | Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC | 4.788 | 319 | 319 | 555 | 41 | 175 | 1,4888 |
| | 17 | M | 414 | Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC | 2.876 | 226 | 226 | 322 | 32 | 124 | 0,9668 |
| | 18 | M | 417 | Setticemia, età < 18 anni | 3.176 | 293 | 293 | 459 | 17 | 195 | 0,9563 |
| | 18 | M | 418 | Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche | 3.508 | 221 | 221 | 398 | 23 | 147 | 1,0619 |
| | 18 | M | 419 | Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC | 2.710 | 228 | 228 | 398 | 20 | 152 | 0,8455 |
| | 18 | M | 420 | Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC | 2.086 | 219 | 219 | 318 | 21 | 146 | 0,6372 |
| | 18 | M | 421 | Malattie di origine virale, età > 17 anni | 2.184 | 221 | 221 | 340 | 14 | 147 | 0,6643 |
| | 18 | M | 422 | Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni | 1.660 | 209 | 209 | 287 | 10 | 139 | 0,3634 |
| | 18 | M | 423 | Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie | 4.155 | 266 | 266 | 546 | 24 | 177 | 1,2815 |
| | 19 | C | 424 | Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale | 4.963 | 2.029 | 2.029 | 1.550 | 39 | 151 | 1,6764 |
| | 19 | M | 425 | Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale | 1.669 | 162 | 162 | 278 | 21 | 113 | 0,5422 |
| Potenzialmente inappropriato | 19 | M | 426 | Nevrosi depressive | 858 | 137 | 137 | 148 | 31 | 44 | 0,3902 |
| Potenzialmente inappropriato | 19 | M | 427 | Nevrosi eccetto nevrosi depressive | 757 | 137 | 137 | 141 | 27 | 43 | 0,3937 |
| | 19 | M | 428 | Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi | 2.267 | 162 | 162 | 191 | 41 | 72 | 0,6989 |
| Potenzialmente inappropriato | 19 | M | 429 | Disturbi organici e ritardo mentale | 1.356 | 137 | 137 | 352 | 27 | 92 | 0,7933 |
| | 19 | M | 430 | Psicosi | 1.942 | 162 | 162 | 175 | 44 | 71 | 0,7668 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 19 | M | 431 | Disturbi mentali dell'infanzia | 1.118 | 162 | 162 | 319 | 21 | 149 | 0,4865 |
| | 19 | M | 432 | Altre diagnosi relative a disturbi mentali | 1.409 | 162 | 162 | 289 | 21 | 104 | 0,5406 |
| | 20 | M | 433 | Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari | 664 | 170 | 170 | 242 | 4 | 113 | 0,1297 |
| | 21 | C | 439 | Trapianti di pelle per traumatismo | 4.724 | 2.174 | 2.174 | 1.770 | 17 | 213 | 1,4074 |
| | 21 | C | 440 | Sbrigliamento di ferite per traumatismo | 4.384 | 1.728 | 1.728 | 1.358 | 28 | 217 | 1,2893 |
| | 21 | C | 441 | Interventi sulla mano per traumatismo | 3.119 | 1.612 | 1.612 | 1.355 | 10 | 251 | 1,0153 |
| Alta complessità | 21 | C | 442 | Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC | 9.945 | 1.457 | 1.457 | 2.217 | 51 | 231 | 2,6634 |
| | 21 | C | 443 | Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC | 3.492 | 1.457 | 1.457 | 1.197 | 13 | 217 | 1,2447 |
| | 21 | M | 444 | Traumatismi, età > 17 anni con CC | 2.877 | 233 | 233 | 374 | 21 | 155 | 0,8337 |
| | 21 | M | 445 | Traumatismi, età > 17 anni senza CC | 2.126 | 233 | 233 | 377 | 10 | 173 | 0,6198 |
| | 21 | M | 446 | Traumatismi, età < 18 anni | 1.271 | 256 | 256 | 368 | 4 | 171 | 0,3585 |
| | 21 | M | 447 | Reazioni allergiche, età > 17 anni | 1.404 | 218 | 218 | 331 | 10 | 146 | 0,4565 |
| | 21 | M | 448 | Reazioni allergiche, età < 18 anni | 951 | 177 | 177 | 240 | 7 | 118 | 0,2344 |
| | 21 | M | 449 | Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC | 2.411 | 230 | 230 | 374 | 21 | 153 | 0,7386 |
| | 21 | M | 450 | Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC | 1.272 | 203 | 203 | 298 | 10 | 135 | 0,4109 |
| | 21 | M | 451 | Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni | 1.056 | 214 | 214 | 330 | 4 | 143 | 0,2938 |
| | 21 | M | 452 | Complicazioni di trattamenti con CC | 3.283 | 255 | 255 | 564 | 27 | 170 | 1,0604 |
| | 21 | M | 453 | Complicazioni di trattamenti senza CC | 1.733 | 214 | 214 | 377 | 18 | 143 | 0,4896 |
| | 21 | M | 454 | Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC | 2.593 | 282 | 282 | 413 | 18 | 164 | 0,7653 |
| | 21 | M | 455 | Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC | 1.704 | 282 | 282 | 404 | 10 | 188 | 0,5954 |
| | 23 | C | 461 | Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari | 4.924 | 2.537 | 2.537 | 2.067 | 21 | 226 | 1,5238 |
| | 23 | M | 462 | Riabilitazione | 1.943 | 221 | 221 | 414 | 37 | 147 | 0,7570 |
| | 23 | M | 463 | Segni e sintomi con CC | 2.870 | 209 | 209 | 320 | 31 | 123 | 0,8004 |
| | 23 | M | 464 | Segni e sintomi senza CC | 1.748 | 209 | 209 | 317 | 23 | 139 | 0,5041 |
| Potenzialmente inappropriato | 23 | M | 465 | Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria | 854 | 179 | 179 | 842 | 7 | 221 | 0,4836 |
| Potenzialmente inappropriato | 23 | M | 466 | Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria | 863 | 179 | 179 | 506 | 10 | 129 | 0,6630 |
| Potenzialmente inappropriato | 23 | M | 467 | Altri fattori che influenzano lo stato di salute | 652 | 134 | 134 | 265 | 10 | 68 | 0,2583 |
| | NA | C | 468 | Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale | 10.158 | 3.468 | 3.468 | 2.733 | 39 | 227 | 2,8661 |
| | NA | NA | 469 | Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione | 457 | 104 | 104 | 104 | 10 | 83 | 0,0000 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | NA | NA | 470 | Non attribuibile ad altro DRG | 457 | 61 | 61 | 61 | 41 | 49 | 0,0000 |
| Alta complessità | 8 | C | 471 | Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori | 13.244 | | | 6.837 | 30 | 250 | 2,4714 |
| Alta complessità | 17 | M | 473 | Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni | 16.082 | 461 | 461 | 3.456 | 81 | 307 | 4,2095 |
| | NA | C | 476 | Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale | 7.369 | 2.496 | 2.496 | 1.903 | 20 | 265 | 1,7590 |
| | NA | C | 477 | Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale | 5.172 | 1.931 | 1.931 | 1.533 | 32 | 227 | 1,7604 |
| | 5 | C | 479 | Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC | 4.742 | 2.258 | 2.258 | 1.851 | 21 | 235 | 1,6087 |
| Alta complessità | Pre | C | 480 | Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino | 62.648 | | | | 61 | 664 | 19,4443 |
| Alta complessità | Pre | C | 481 | Trapianto di midollo osseo | 59.806 | 4.666 | 4.666 | 5.707 | 46 | 405 | 15,5111 |
| | Pre | C | 482 | Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo | 11.891 | | | 2.221 | 61 | 187 | 3,7723 |
| Alta complessità | 24 | C | 484 | Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti | 22.206 | | | 5.899 | 73 | 423 | 5,0987 |
| Alta complessità | 24 | C | 485 | Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti | 19.551 | | | 5.129 | 42 | 278 | 4,4919 |
| Alta complessità | 24 | C | 486 | Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti | 19.289 | | | 4.440 | 50 | 311 | 4,6091 |
| | 24 | M | 487 | Altri traumasmi multipli rilevanti | 5.559 | | | 677 | 37 | 236 | 1,7349 |
| Alta complessità | 25 | C | 488 | H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso | 27.409 | | | 4.145 | 112 | 304 | 4,1670 |
| | 25 | M | 489 | H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate | 8.186 | 282 | 282 | 607 | 58 | 155 | 2,4149 |
| Potenzialmente inappropriato | 25 | M | 490 | H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate | 2.458 | 261 | 261 | 532 | 31 | 110 | 1,1973 |
| Alta complessità | 8 | C | 491 | Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori | 8.565 | | | 3.184 | 24 | 230 | 1,9828 |
| | 17 | M | 492 | Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici | 6.576 | 353 | 353 | 985 | 51 | 194 | 1,4945 |
| | 7 | C | 493 | Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC | 5.397 | 1.458 | 1.458 | 1.496 | 30 | 196 | 1,5285 |
| | 7 | C | 494 | Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 2.834 | 1.458 | 1.458 | 1.210 | 10 | 211 | 0,8890 |
| Alta complessità | Pre | C | 495 | Trapianto di polmone | 72.572 | | | | 78 | 321 | 16,8871 |
| Alta complessità | 8 | C | 496 | Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato | 19.723 | | | 8.182 | 45 | 263 | 5,1811 |
| Alta complessità | 8 | C | 497 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC | 15.069 | | | 6.600 | 35 | 305 | 3,8451 |
| Alta complessità | 8 | C | 498 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | 12.376 | | | 6.472 | 24 | 287 | 3,2406 |
| | 8 | C | 499 | Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC | 6.347 | 1.775 | 1.775 | 1.662 | 27 | 241 | 1,6629 |
| | 8 | C | 500 | Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC | 3.672 | 1.775 | 1.775 | 1.457 | 14 | 295 | 1,2589 |
| | 8 | C | 501 | Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC | 9.595 | | | 2.109 | 92 | 248 | 2,1467 |
| | 8 | C | 502 | Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC | 5.183 | | | 1.330 | 51 | 187 | 1,1595 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 503 | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | 1.808 | 2.009 | 2.009 | 1.024 | 7 | 127 | 0,9222 |
| Alta complessità | 22 | C | 504 | Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute | 49.026 | | | | 108 | 363 | 9,8973 |
| Alta complessità | 22 | M | 505 | Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute | 10.835 | | | 1.446 | 71 | 385 | 2,1388 |
| Alta complessità | 22 | C | 506 | Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo | 16.494 | | | 1.774 | 87 | 218 | 3,0751 |
| Alta complessità | 22 | C | 507 | Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo | 8.421 | 1.488 | 1.488 | 1.531 | 65 | 328 | 2,7979 |
| Alta complessità | 22 | M | 508 | Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo | 5.825 | | | 466 | 67 | 161 | 1,1500 |
| Alta complessità | 22 | M | 509 | Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo | 3.435 | 291 | 291 | 434 | 32 | 194 | 1,1302 |
| | 22 | M | 510 | Ustioni non estese con CC o trauma significativo | 4.228 | | | 532 | 53 | 161 | 1,3587 |
| | 22 | M | 511 | Ustioni non estese senza CC o trauma significativo | 2.311 | 218 | 218 | 357 | 24 | 146 | 1,0977 |
| Alta complessità | Pre | C | 512 | Trapianto simultaneo di pancreas/rene | 67.728 | | | | 68 | 470 | 15,7658 |
| Alta complessità | Pre | C | 513 | Trapianto di pancreas | 61.451 | | | | 53 | 270 | 14,3046 |
| Alta complessità | 5 | C | 515 | Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco | 16.573 | 9.948 | 9.948 | 9.945 | 31 | 222 | 4,0897 |
| | 5 | C | 518 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | 3.962 | 2.586 | 2.586 | 2.163 | 7 | 167 | 1,2185 |
| Alta complessità | 8 | C | 519 | Artrodesi vertebrale cervicale con CC | 12.753 | | | 3.800 | 46 | 298 | 3,1524 |
| Alta complessità | 8 | C | 520 | Artrodesi vertebrale cervicale senza CC | 7.916 | 3.183 | 3.183 | 3.088 | 17 | 346 | 2,1786 |
| | 20 | M | 521 | Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC | 2.728 | 197 | 197 | 304 | 27 | 131 | 0,8717 |
| | 20 | M | 522 | Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC | 2.882 | 173 | 173 | 217 | 45 | 115 | 0,8746 |
| | 20 | M | 523 | Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC | 1.436 | 177 | 177 | 243 | 24 | 118 | 0,5366 |
| | 1 | M | 524 | Ischemia cerebrale transitoria | 2.543 | 237 | 237 | 382 | 17 | 158 | 0,7692 |
| Alta complessità | 5 | C | 525 | Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca | 53.272 | | | 20.044 | 47 | 429 | 9,9320 |
| Alta complessità | 1 | C | 528 | Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia | 25.812 | | | 5.457 | 48 | 424 | 5,7260 |
| Alta complessità | 1 | C | 529 | Interventi di anastomosi ventricolare con CC | 12.891 | | | 2.348 | 75 | 237 | 3,7579 |
| Alta complessità | 1 | C | 530 | Interventi di anastomosi ventricolare senza CC | 7.816 | | | 2.049 | 33 | 217 | 1,9981 |
| Alta complessità | 1 | C | 531 | Interventi sul midollo spinale con CC | 14.639 | 2.782 | 2.782 | 4.389 | 47 | 279 | 3,9401 |
| Alta complessità | 1 | C | 532 | Interventi sul midollo spinale senza CC | 8.413 | 2.782 | 2.782 | 2.675 | 24 | 330 | 2,2015 |
| | 1 | C | 533 | Interventi vascolari extracranici con CC | 4.806 | 1.734 | 1.734 | 1.566 | 20 | 294 | 1,2985 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 1 | C | 534 | Interventi vascolari extracranici senza CC | 4.119 | 1.734 | 1.734 | 1.444 | 11 | 311 | 1,2022 |
| Alta complessità | 5 | C | 535 | Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock | 24.098 | | | 10.757 | 41 | 198 | 6,3257 |
| Alta complessità | 5 | C | 536 | Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock | 21.634 | | | 10.357 | 33 | 216 | 5,3077 |
| | 8 | C | 537 | Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC | 5.618 | 1.758 | 1.758 | 1.751 | 28 | 217 | 1,6372 |
| Potenzialmente inappropriato | 8 | C | 538 | Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC | 1.651 | 1.758 | 1.758 | 882 | 7 | 151 | 0,9419 |
| Alta complessità | 17 | C | 539 | Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC | 13.271 | | | 3.108 | 50 | 300 | 3,4880 |
| | 17 | C | 540 | Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC | 4.867 | 2.009 | 2.009 | 1.636 | 24 | 258 | 1,5462 |
| Alta complessità | Pre | C | 541 | Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore | 51.919 | | | 8.266 | 117 | 356 | 12,4289 |
| Alta complessità | Pre | C | 542 | Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore | 34.546 | | | 3.032 | 104 | 293 | 8,5360 |
| Alta complessità | 1 | C | 543 | Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale | 16.777 | | | 2.898 | 51 | 312 | 3,9376 |
| Alta complessità | 8 | C | 544 | Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 8.837 | | | 3.736 | 22 | 205 | 2,0283 |
| Alta complessità | 8 | C | 545 | Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio | 11.152 | | | 4.565 | 34 | 261 | 2,7175 |
| Alta complessità | 8 | C | 546 | Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna | 19.545 | | | 9.391 | 31 | 279 | 5,0089 |
| Alta complessità | 5 | C | 547 | Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore | 22.125 | | | 5.499 | 39 | 372 | 5,0871 |
| Alta complessità | 5 | C | 548 | Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 19.112 | | | 5.133 | 29 | 366 | 4,3489 |
| Alta complessità | 5 | C | 549 | Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore | 18.154 | | | 4.742 | 28 | 409 | 3,7801 |
| Alta complessità | 5 | C | 550 | Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 14.674 | | | 4.082 | 20 | 376 | 3,2209 |
| Alta complessità | 5 | C | 551 | Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi | 9.384 | 3.653 | 3.653 | 3.606 | 31 | 201 | 2,3045 |
| | 5 | C | 552 | Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 4.756 | 2.508 | 2.508 | 2.091 | 14 | 166 | 1,5894 |
| | 5 | C | 553 | Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore | 9.039 | 3.445 | 3.445 | 2.604 | 49 | 278 | 2,6490 |
| | 5 | C | 554 | Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 7.144 | 2.740 | 2.740 | 2.148 | 31 | 227 | 2,0662 |
| | 5 | C | 555 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore | 6.207 | 2.473 | 2.473 | 2.062 | 17 | 201 | 1,8899 |

| Classe | mdc | tipo drg | DRG | Descrizione | (a) Ordinari di più di 1 giorno | (b) Ordinari di 0/1 giorno | (c) Day Hospital | (d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti) | (e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008) | (f) Incremento € prodie | (g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008) |
|------------------------------|-----|----------|-----|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|--|
| | 5 | C | 556 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 4.747 | 2.970 | 2.970 | 2.479 | 10 | 174 | 1,3742 |
| | 5 | C | 557 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore | 8.128 | 4.901 | 4.901 | 4.098 | 14 | 191 | 2,2433 |
| | 5 | C | 558 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 6.434 | 4.917 | 4.917 | 4.101 | 7 | 174 | 1,6907 |
| | 1 | M | 559 | Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici | 6.073 | | | 608 | 19 | 201 | 1,8296 |
| | 1 | M | 560 | Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso | 8.067 | 307 | 307 | 653 | 43 | 205 | 2,5059 |
| | 1 | M | 561 | Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale | 6.058 | 254 | 254 | 517 | 37 | 169 | 1,7668 |
| | 1 | M | 562 | Convulsioni, età > 17 anni con CC | 3.289 | 246 | 246 | 455 | 20 | 164 | 0,9526 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | M | 563 | Convulsioni, età > 17 anni senza CC | 1.193 | 214 | 214 | 450 | 17 | 109 | 0,7306 |
| Potenzialmente inappropriato | 1 | M | 564 | Cefalea, età > 17 anni | 1.631 | 195 | 195 | 321 | 23 | 99 | 0,6184 |
| Alta complessità | 4 | M | 565 | Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore | 15.595 | | | 1.236 | 50 | 283 | 4,0374 |
| | 4 | M | 566 | Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore | 6.764 | 297 | 297 | 637 | 46 | 198 | 2,1122 |
| | 6 | C | 567 | Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore | 13.712 | | | 2.541 | 47 | 214 | 3,8842 |
| | 6 | C | 568 | Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 12.418 | | | 2.263 | 48 | 207 | 3,5475 |
| Alta complessità | 6 | C | 569 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore | 13.793 | | | 2.659 | 50 | 250 | 3,3881 |
| Alta complessità | 6 | C | 570 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 11.318 | | | 2.377 | 45 | 233 | 2,7406 |
| | 6 | M | 571 | Malattie maggiori dell'esofago | 3.392 | 248 | 248 | 593 | 24 | 165 | 1,0881 |
| | 6 | M | 572 | Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali | 3.484 | 240 | 240 | 459 | 20 | 160 | 0,9446 |
| Alta complessità | 11 | C | 573 | Interventi maggiori sulla vescica | 14.889 | | | 3.179 | 43 | 240 | 3,5032 |
| | 16 | M | 574 | Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie | 3.738 | 251 | 251 | 657 | 27 | 167 | 1,1305 |
| Alta complessità | 18 | M | 575 | Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni | 21.349 | | | 1.629 | 65 | 276 | 4,7782 |
| | 18 | M | 576 | Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni | 5.493 | 247 | 247 | 559 | 37 | 165 | 1,6432 |
| | 1 | C | 577 | Inserzione di stent carotideo | 5.795 | 3.172 | 3.172 | 2.651 | 4 | 308 | 1,4507 |
| Alta complessità | 18 | C | 578 | Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico | 18.314 | 3.432 | 3.432 | 2.814 | 82 | 250 | 4,4004 |
| | 18 | C | 579 | Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico | 9.163 | 2.179 | 2.179 | 1.555 | 44 | 180 | 2,3908 |

**TARIFFA PER LO SCAMBIO DI MOBILITA' INTERREGIONALE
PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE / LUNGODEGENZA OSPEDALIERA
ANNO 2014-2015-2016-2017**

| 56- riabilitazione | | | | | | | 60- lungodegenza | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| MDC | Regime ordinario | | | Regime Day Hospital | | | Regime ordinario | | |
| | Tariffa giornaliera | | | Tariffa per accesso | | | Tariffa giornaliera | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) |
| 01-SISTEMA NERVOSO | 272,70 | 163,62 | 60 | 218,16 | 130,90 | 60 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 02-OCCHIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 04-APP. RESPIRATORIO | 231,00 | 138,60 | 30 | 184,80 | 110,88 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO | 251,00 | 150,60 | 30 | 200,80 | 120,48 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 06-APP. DIGERENTE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO | 246,89 | 148,13 | 40 | 197,51 | 118,51 | 40 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 11-RENE E VIE URINARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 15-PERODO NEONATALE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |

56- riabilitazione**60- lungodegenza**

| MDC | Regime ordinario | | | Regime Day Hospital | | | Regime ordinario | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| | Tariffa giornaliera | | | Tariffa per accesso | | | Tariffa giornaliera | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) |
| 20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 22-USTIONI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 24-TRAUMATISMI MULTIPLI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| 25-INFEZIONI DA HIV | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |
| NON CLASSIFICABILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 | 154,00 | 92,40 | 60 |

75 neuroriabilitazione

28 unità spinale

| MDC | Regime ordinario | | | Regime Day Hospital | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| | Tariffa giornaliera | | | Tariffa per accesso | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | valore soglia (gg) |
| 01-SISTEMA NERVOSO | 470,00 | | | 218,16 | 130,90 | 60 |
| 02-OCCHIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 04-APP. RESPIRATORIO | 231,00 | 138,60 | 30 | 184,80 | 110,88 | 30 |
| 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO | 251,00 | 150,60 | 30 | 200,80 | 120,48 | 30 |
| 06-APP. DIGERENTE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO | 246,89 | 148,13 | 40 | 197,51 | 118,51 | 40 |
| 09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 11-RENE E VIE URINARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 15-PERODO NEONATALE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |

| MDC | Regime ordinario | | | Regime Day Hospital | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| | Tariffa giornaliera | | | Tariffa per accesso | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | valore soglia (gg) | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | valore soglia (gg) |
| 01-SISTEMA NERVOSO | 470,00 | | | 218,16 | 130,90 | 60 |
| 02-OCCHIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 04-APP. RESPIRATORIO | 231,00 | 138,60 | 30 | 184,80 | 110,88 | 30 |
| 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO | 251,00 | 150,60 | 30 | 200,80 | 120,48 | 30 |
| 06-APP. DIGERENTE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO | 246,89 | 148,13 | 40 | 197,51 | 118,51 | 40 |
| 09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 11-RENE E VIE URINARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 15-PERODO NEONATALE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |

75 neuroriabilitazione

28 unità spinale

| <i>MDC</i> | <i>Regime ordinario</i> | | | <i>Regime Day Hospital</i> | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | <i>Tariffa giornaliera</i> | | | <i>Tariffa per accesso</i> | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | <i>valore soglia (gg)</i> | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | <i>valore soglia (gg)</i> |
| 21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 22-USTIONI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 24-TRAUMATISMI MULTIPLI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 25-INFEZIONI DA HIV | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| NON CLASSIFICABILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |

| <i>MDC</i> | <i>Regime ordinario</i> | | | <i>Regime Day Hospital</i> | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | <i>Tariffa giornaliera</i> | | | <i>Tariffa per accesso</i> | | |
| | per giornate entro valore soglia | per giornate oltre valore soglia | <i>valore soglia (gg)</i> | per accessi entro valore soglia | per accessi oltre valore soglia | <i>valore soglia (gg)</i> |
| 21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 22-USTIONI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI | 470,00 | | | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 24-TRAUMATISMI MULTIPLI | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| 25-INFEZIONI DA HIV | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |
| NON CLASSIFICABILE | 202,00 | 121,20 | 30 | 161,60 | 96,96 | 30 |

MACC

DDA. CATINI
25/06/18



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
IL PRESIDENTE

Prot. n. 2901/C7SAN

Roma, 22 giugno 2018

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0008192 A-4.37.2.10
del 25/06/2018



Sen. Avv. Erika Stefani
Ministro per gli Affari
Regionali e le Autonomie

SEDE

Gentile Ministro,

la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 21 giugno u.s. ha approvato un documento recante: **“Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria triennio 2014-2016, aggiornato all’anno 2017 – Regole tecniche -”**. Al riguardo l’art. 9 del Patto per la Salute 2014-2016 prevede che gli accordi interregionali di mobilità sanitaria devono essere approvati in Conferenza Stato-Regioni.

Pertanto, ai fini dell’iscrizione del punto alla prossima Conferenza, Le trasmetto l’Accordo interregionale.

RingraziandoLa dell’attenzione, invio i miei migliori saluti.

Stefano Bonaccini

All: c.s.