

**ACCORDO INTERREGIONALE
PER LA COMPENSAZIONE
DELLA MOBILITÀ SANITARIA**

Versione in vigore per le attività dell'anno 2018

Premessa	pag.	3
Invio dei record di attività (addebito)	pag.	5
Invio contestazioni sui record di attività	pag.	9
Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero	pag.	12
Risposta alle contestazioni (controdeduzioni)	pag.	17
Composizioni bilaterali e collegio arbitrale	pag.	20
Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record	pag.	22
Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)	pag.	27
Tracciato record	pag.	30
Medicina generale (flusso B)	pag.	33
Tracciato record	pag.	35
Specialistica ambulatoriale (flusso C)	pag.	36
Tracciato record	pag.	40
Farmaceutica (flusso D)	pag.	43
Tracciato record	pag.	46
Cure termali (flusso E)	pag.	48
Tracciato record	pag.	50
Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)	pag.	52
Tracciato record	pag.	64
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)	pag.	67
Tracciato record	pag.	69
Nuovo Accordo Interregionale Plasmaderivazione	pag.	71
Cessione di emocomponenti	pag.	74
Tariffa per lo scambio di mobilità interregionale prestazioni di assistenza ospedaliera	pag.	89
Tariffe versione anni 2014 - 2018	pag.	110

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 **ricomprese nei livelli essenziali di assistenza nazionali (LEA)**, 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.

Il presente accordo attualmente rappresenta il documento per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria attraverso flussi informativi.

L'Accordo definisce le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione interregionale, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano lo scambio dei dati.

Al termine dello scambio dei dati il coordinamento delle regioni produce una tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell'anno successivo. Le Regioni sono concordi nella necessità di alleggerire il processo attuale delle compensazioni e di evolvere il sistema verso una logica più snella, tuttavia in via transitoria si mantengono le fasi delle contestazioni e delle controdeduzioni.

TEMPISTICHE:

La trasmissione dei dati, composta da tre fasi, l'addebito, contestazioni e controdeduzioni ha la seguente tempistica

entro e non oltre il 15 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione	Invio dei dati di attività (l'addebito)
Entro non oltre il 30 giugno dell'anno successivo a quello di rilevazione	Invio delle contestazioni (contestazioni)
Entro e non oltre il 15 settembre dell'anno successivo a quello di rilevazione	Invio delle controdeduzioni (controdeduzioni)

PRESTAZIONI:

Le prestazioni oggetto di compensazione interregionale regolate da questo accordo sono:

- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale ovvero le prestazioni del DPCM 29 novembre 2001, esclusi gli allegati 2A e 2B (flusso C e tariffario), fino ad emanazione del DM tariffe del nomenclatore di cui all'allegato 4 del DPCM 12/1/2017.
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G e tariffario)

Tutte le attività ricomprese nei LEA nazionali (DPCM 12/01/2017) non riportate in questo accordo devono essere addebitate tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla USL di residenza del soggetto. Anche per il 2018 i disabili cronici andranno inseriti nei flussi di mobilità.

MODALITA':

Lo scambio dei dati fra Regioni avviene attraverso il portale web ad accesso limitato con utenza e password, messo a disposizione dalla Regione Veneto. Ogni Regione deposita i file nelle aree di condivisione del portale e manutene le cartelle provvedendo all'eliminazione dei dati degli anni precedenti.

Non sono accettate trasmissioni di dati diversi dalla pubblicazione nel portale.

Annualmente le Regioni, prima della scadenza dell'invio dei record di attività, comunicano alla Regione di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, il nominativo (uno solo per Regione) per l'abilitazione/disabilitazione delle utenze all'accesso al portale.

Oltre a ciò, le Regioni comunicano l'aggiornamento della casella di Posta Elettronica Certificata individuata per l'invio delle comunicazioni dell'avvenuto deposito dei file e dei documenti.

TRACCIATI:

Per i tracciati si rimanda ai capitoli di dettaglio.

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

INVIO DEI RECORD DI ATTIVITA' (ADDEBITO)

L'invio dei dati di attività (l'addebito) deve avvenire entro e non oltre il 15 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione e deve essere accompagnato da una comunicazione trasmessa via PEC agli assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome e ai referenti della mobilità.

La data del 15 maggio viene presa a riferimento per la valutazione del rispetto delle scadenze.

Alle note di trasmissione ogni regione deve allegare il prospetto denominato "Modello H" riassuntivo degli addebiti per ogni tipologia di prestazione, conforme al modello seguente:

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE DELLA MOBILITA' SANITARIA					
Modello H					
Regione creditrice :	Intestazione ed indirizzo della Regione che invia le note di addebito				
Regione debitrice :					
Periodo :	Anno di riferimento				
RIEPILOGO ADDEBITI					<i>importo in euro</i>
Tipologia prestazione			NUMERO RECORD	NUMERO PRESTAZIONI	IMPORTO
Ricoveri ospedalieri e day-hospital - PUBBLICO					
Ricoveri ospedalieri e day-hospital - IRCCS PRIVATO					
Ricoveri ospedalieri e day-hospital - ALTRO PRIVATO					
Ricoveri ospedalieri e day-hospital - TOTALE					0,00
Medicina generale					
Specialistica ambulatoriale - PUBBLICO					
Specialistica ambulatoriale - PRIVATO					
Specialistica ambulatoriale - TOTALE					0,00
Farmaceutica					
Cure termali					
Somministrazione diretta farmaci					
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso					
Totale					0,00
Data:	Il Responsabile				

Il modello H deve essere compilato nel modo seguente:

- 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 le prestazioni coincidono con il numero record.
- 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.

Gli importi delle singole prestazioni vengono valorizzati secondo i tariffari nazionali ad eccezione dei trasporti in ambulanza ed elisoccorso per i quali si applicano i tariffari regionali in

vigore nelle regioni creditrici al momento dell'erogazione.

Tuttavia si specifica che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nelle more della definizione delle tariffe per le prestazioni del DPCM gennaio 2017, si applicano **le tariffe del DM 18 ottobre 2012 alle prestazioni il cui codice è uguale o riconducibile a quello nazionale, mentre alle altre si applicano i tariffari regionali**; per i ricoveri gli importi devono essere valorizzati secondo le regole ed i criteri riportati in questo accordo.

Inoltre, come stabilito dalla Commissione Salute del 12 ottobre 2011, le quote di compartecipazione alla spesa aggiuntive introdotte con la manovra di Luglio 2011 vengono trattenute dalla regione erogatrice. Questo comporta che per tutti i flussi su cui incide la "manovra ticket", gli importi addebitati non tengano conto del "ticket aggiuntivo".

Nel caso in cui la trasmissione venga effettuata oltre i termini previsti o i file non siano conformi ai tracciati oppure non ci sia corrispondenza fra gli importi da file e il modello H, gli addebiti possono essere non accettati. In ogni caso la regione che riceve l'addebito dovrà comunicare la non conformità dell'invio entro 15 gg dalla data della scadenza. La Regione debitrice al fine di evitare il rifiuto del credito deve attivarsi e correggere la non conformità entro 10 gg dalla ricezione della notifica.

In ottemperanza alla 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)

la regione debitrice deve darne comunicazione entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli addebiti ovvero dalla data della scadenza.

La regione creditrice deve procedere al rinvio dei dati entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità degli addebiti; record aggiuntivi non sono accettabili.

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

Fornitura Anagrafica Strutture Sanitarie

Il Ministero della Salute mette a disposizione della Regione di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, i file 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.

INVIO CONTESTAZIONI SUI RECORD DI ATTIVITA' (CONTESTAZIONI)

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

L'invio dei dati oggetto di contestazione deve avvenire entro e non oltre il 30 giugno dell'anno successivo a quello di rilevazione e deve essere accompagnato da una comunicazione trasmessa via PEC agli assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome e ai referenti della mobilità.

La data del 30 giugno viene presa a riferimento per la valutazione del rispetto delle scadenze.

Alla nota di trasmissione ogni regione deve allegare il prospetto denominato "Modello C" riassuntivo delle contestazioni per ogni tipologia di prestazioni, conforme al modello seguente:

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									
Somministrazione diretta di farmaci									
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso									
Totale generale									
Data:			Il Responsabile						

In questa fase le Regioni si scambiano solo i record ritenuti errati compilando esclusivamente il campo "posizione contabile" (valorizzandolo a "5") ed i campi corrispondenti all'errore rilevato secondo le specifiche riportate nei tracciati record.

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.

Gli errori causa di contestazione sono esclusivamente quelli indicati nei tracciati record di ogni singolo flusso e solo su questi si baserà la fase successiva delle 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 in cui la trasmissione venga effettuata oltre i termini previsti o i file non siano conformi ai tracciati oppure non ci sia corrispondenza fra gli importi da file e il modello C o siano stati modificati i dati originali, le contestazioni possono essere non accettate. In ogni caso la regione che riceve la contestazione dovrà comunicare la non conformità dell'invio entro 15 gg dalla data della scadenza. La Regione contestante al fine di evitare il rifiuto della contestazione deve attivarsi e correggere la non conformità entro 10 gg dalla ricezione della notifica.

Ogni regione ha la facoltà di effettuare altri controlli sui dati ricevuti, ma non deve assolutamente riportare le eventuali anomalie all'interno dei "campi errore" previsti nei tracciati dei flussi. L'esito di questi controlli potrà facoltativamente essere fatto pervenire alle regioni debitorie 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.

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 contestata deve darne comunicazione entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli addebiti ovvero dalla data della scadenza.

La regione creditrice deve procedere al rinvio dei dati entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità delle contestazioni

I file contenenti i record 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

I suddetti file devono essere depositati nel portale di scambio, compressi in due file zip 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)

Inoltre i file.zip devono essere protetti con password, da comunicarsi al Referente della Regione contestata.

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.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello Cr

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

Periodo: Anno di riferimento

RIEPILOGO ADDEBITI E CONTESTAZIONI:

Totali	Addebito da mod. H		Addebito da file		Addebito riconosciuto da file		Addebito contestato da file		Contestazioni anagrafiche ERR01=1		Contestazioni anagrafiche ERR01=2		Contestazioni anagrafiche totale		Differenza Mod. H e file non riconosciuta
	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	
010 - Piemonte															0,00
020 - Valle d'Aosta															0,00
030 - Lombardia															0,00
041 - P.A. Bolzano															0,00
042 - P.A. Trento															0,00
050 - Veneto															0,00
060 - Friuli Venezia Giulia															0,00
070 - Liguria															0,00
080 - Emilia-Romagna															0,00
090 - Toscana															0,00
100 - Umbria															0,00
110 - Marche															0,00
120 - Lazio															0,00
130 - Abruzzo															0,00
140 - Molise															0,00
150 - Campania															0,00
160 - Puglia															0,00
170 - Basilicata															0,00
180 - Calabria															0,00
190 - Sicilia															0,00
200 - Sardegna															0,00
121 - Babin Gestù															0,00
122 - Lazio - A.C.I.S.M.O.M															0,00
031 - Lombardia - A.C.I.S.M.O.M															0,00
071 - Liguria - A.C.I.S.M.O.M															0,00
151 - Campania - A.C.I.S.M.O.M															0,00
161 - Puglia - A.C.I.S.M.O.M															0,00
Totale	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00
Data	Il Responsabile														

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

Questa sezione sull'appropriatezza e relativi indicatori proposti è stata elaborata nel 2010 e le soglie sotto riportate non sono state attualizzate. Il Coordinamento dell'Assistenza Ospedaliera sta elaborando nuove soglie per i DRG potenzialmente inappropriati: in attesa dei risultati di tale attività si mantengono tali indicatori e relative soglie.

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 inappropriata 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	DENOMINATOR
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	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 inappropriatezza 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'appropriatezza 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 appropriatezza 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 più avanti definita.

L'invio delle controdeduzioni deve avvenire entro e non oltre il 15 settembre dell'anno successivo a quello di rilevazione e deve essere accompagnato da una comunicazione trasmessa via PEC agli assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome e ai referenti della mobilità

La data del 15 settembre viene presa a riferimento per la valutazione del rispetto delle scadenze.

Alle nota di trasmissione ogni regione deve allegare il prospetto denominato "Modello D" riassuntivo delle contestazioni e delle controdeduzioni per ogni tipologia di prestazione, conforme al modello seguente:

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria												
Modello D												
Regione contestata: intestazione e indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni												
Regione contestata : Regione creditrice												
Periodo: anno di riferimento												
RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI												
			Esito controdeduzioni									
Tipologia Prestazione	Addebito contestato da file		Posizione contabile A		Posizione contabile B		Posizione contabile C		Posizione contabile 3		Totale record controdedotti	
	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro
Ricoveri ospedalieri e day hospital												
Medicina generale												
Specialistica ambulatoriale												
Farmaceutica												
Cure termali												
Somministrazione diretta di farmaci												
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso												
Totale generale												
Data:	Il Responsabile											

Se nella fase di controdeduzione una regione verifica di aver errata l'individuazione della regione verso la quale ha inviato l'addebito 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 originari contenuti nel record vengono confermati;

B= i dati originari 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)

la regione che riceve le controdeduzioni deve darne comunicazione entro 15 giorni dalla data di ricevimento dei file ovvero dalla data della scadenza

La regione inviante deve procedere al rinvio dei dati entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità delle controdeduzioni.

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

I suddetti file devono essere depositati nel portale di scambio, compressi in due file zip 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)
 Inoltre i file.zip devono essere protetti con password, da comunicarsi al Referente della Regione contestata.

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.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria												
Modello Dr												
Regione contestata: intestazione e indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni												
Periodo: anno di riferimento												
RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI												
Tipologia Prestazione	Addebito contestato da file		Esito controdeduzioni									
			Posizione contabile A		Posizione contabile B		Posizione contabile C		Posizione contabile 3		Totale record controdedotti	
	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro	Numero record	Importo in euro
010 - PIEMONTE												
020 - VALLE D'AOSTA												
030 - LOMBARDIA												
041 - P.A. BOLZANO												
042 - P.A. TRENTO												
050 - VENETO												
060 - FRIULI V. 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												
122 - ACISMOM LAZIO												
031 - ACISMOM LOMBARDIA												
071 - ACISMOM LIGURIA												
151 - ACISMOM CAMPANIA												
161 - ACISMOM PUGLIA												
Totale												
Data:	Il Responsabile											

COMPOSIZIONI BILATERALI E COLLEGIO ARBITRALE

Al termine della fase delle controdeduzioni le Regioni possono avviare accordi bilaterali con le altre Regioni al fine di un riconoscimento economico della compensazione basato su fenomeni ed esigenze specifiche.

Gli eventuali accordi siglati entro il 15 Novembre vengono utilizzati per la definizione della tabella finale degli importi in compensazione per il riparto dell'anno successivo. Se non siglati entro tale data, gli accordi devono comunque concludersi entro febbraio e verranno utilizzati a conguaglio dell'anno ma non sul riparto dell'anno successivo, ma di quello a seguire.

L'originale o copia dell'accordo siglato dalle parti secondo lo schema sotto riportato deve essere trasmesso al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti.

SCHEMA DI ACCORDO:

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

Nel caso fra le regioni insorgano contenziosi è prevista la costituzione di un organo con funzioni di "Collegio Arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi.

Il collegio arbitrale è composto da tre membri: la presidenza è stata affidata ad AGENAS 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 ad AGENAS comunicando VIA PEC 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 ad AGENAS la Regione che vuole designare. Se la scadenza non viene rispettata la nomina verrà effettuata dalla stessa AGENAS. 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;

- Intervento: AGENAS, 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 di AGENAS 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-

Il coordinamento del gruppo tecnico della mobilità predispone la tabella definitiva degli importi in compensazione per l'anno in corso sulla base delle controdeduzioni, delle composizioni bilaterali e delle determinazioni del collegio arbitrale.

PRESCRIZIONI COMUNI A TUTTI I TRACCIATI RECORD

Questa sezione del documento stabilisce le modalità di compilazione, di indentificazione e residenza dell'utente; si definiscono inoltre le regole di applicazione dei ticket, le regole di contestazione comuni a tutti i flussi; infine è presente una lista di acronimi utilizzati nelle pagine seguenti.

1. COMPILAZIONE DEI CAMPI

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.

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

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

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.

2. IDENTIFICATIVO UTENTE

1) Codice fiscale;

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

Si riportano di seguito le prestazioni in riferimento alle quali è prevista la copertura da riservatezza:

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 del Flusso A 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.

3. RESIDENZA DEL PAZIENTE

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.

Pertanto per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata in questo modo:

- Flusso A: alla data di ricovero
- Flusso B: alla data di inizio assistenza
- Flusso C: alla data della prestazione; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta
- Flusso D: alla data dell'erogazione del farmaco; in caso di ricette con più farmaci da erogare, si considera la minor data della ricetta
- Flusso E: alla data di inizio cura
- Flusso F: alla data dell'erogazione del farmaco; in caso di ricette con più farmaci da erogare, si considera la minor data della ricetta
- Flusso G: alla data dell'effettuazione del trasporto

4. ACRONIMI UTILIZZATI NEI TRACCIATI

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

5. REGOLE SUL TICKET

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).

6. REGOLE DI CONTESTAZIONI COMUNI AI FLUSSI

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).

Per i flussi ove ci sono i 2 tracciati (anagrafe e sensibile) la segnalazione degli errori deve essere effettuata nell'archivio dei dati sensibili anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazione.

RICOVERI ORDINARI e DAY HOSPITAL (FLUSSO A)

Sono oggetto di compensazione tutti ricoveri presenti nel flusso SDO, per un corretto monitoraggio delle attività di ricovero pertanto vanno inviati anche i ricoveri non soggetti a compensazione.

In particolare vanno inviati i ricoveri con i seguenti onere degenza:

1. Ricovero a totale carico SSN
2. Ricovero a prevalente carico SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
4. Ricovero senza oneri per il SSN – **da valorizzare a 0**
5. Ricovero a prevalente carico SS, 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 (libera professione e differenza alberghiera);
9. altro **da valorizzare a 0**

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.-

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.

Poiché nel 2017 il tracciato nazionale della sdo è stato 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	1	02, 11, 12
	2	03, 10
	3	04
	4	05
	5	06
	6	07
	7	08
	9	09, 01, 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.

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)

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	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 modalità di ricovero nello stesso istituto; 9=altro	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.

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..."

5= Utente con assistenza concomitante.

L'errore dev'essere segnalato quando:

- esiste una concomitanza tra Regioni e periodi di assistenza a parità di codice fiscale (campo che identifica l'utente)

La segnalazione deve essere riportata su tutti i record che sono stati identificati come tali e trasmessa alle Regioni concomitanti mediante un file che contenga i seguenti campi:

1. REGIONE ADDEBITANTE - AZIENDA SANITARIA INVIANTE - ID - CODICE FISCALE
- DATA INIZIO ASSISTENZA - DATA CESSAZIONE ASSISTENZA - QUANTITA' -
IMPORTO TOTALE

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)

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	1

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 5= Utente con assistenza concomitante	
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 l'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 E PRONTO SOCCORSO (FLUSSO C)

Si considerano le prestazioni specialistiche e di pronto soccorso non seguite da ricovero, che sono avvenute in una data compresa nell'anno di riferimento 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.

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.

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 come esplicitato nelle regole di invio 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
165-172	Tariffa	N	8	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
173	Classe prestazione	AN	1	Classe della prestazione L = prestazioni escluse dai LEA A = prestazioni oggetto di accordo tra Regioni confinanti R = restanti prestazioni

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.

Le tariffe applicate sono quelle 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 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;

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.

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 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

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)

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).

**Tracciato 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	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	OBV 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	OBV
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	OBV
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.	OBV 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.	OBV
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.	OBV 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.	OBV se Pos. Conta

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.

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

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)

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; se codice specialità =ossigeno.	OBB

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 l'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.

Le tariffe da applicare sono quelle vigenti sancite da intesa Stato-Regioni.

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.

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)

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 antitumorali 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 oncologici: Il coordinamento regionale dell'assistenza farmaceutica definisce annualmente l'elenco dei farmaci oncologici che potranno 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.
 - Per tutte le fattispecie di farmaci erogati durante il ricovero a partire **dall'anno 2019 è obbligatorio** inserire nel campo del F1 con posizioni da 81 a 96 il codice numero scheda del ricovero corrispondente preceduto da zeri, in modo da poter permettere i controlli alle regioni debitorie. (la chiave del record del flusso A sarà poi intercettabile usando la regione addebitante + azienda addebitante+ presidio erogatore + numero scheda SDO). **E' FACOLTATIVO PER IL 2018**
- **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.

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 efmoroctog/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

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.

Tabella – Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – anno 2018.

ATC V° LIVELLO	Descrizione Principio attivo	Rif. GU	entrata in vigore GU	FONDO INNOVATIVI (L.232/2016, art.1, comma 401)	Valorizzazione importo 2018
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		
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		
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		
L01XC 19	Blinatumomab	GU 45 del 23 febbraio 2017	24.02.2017		
L01XX 45	Carfilzomib	GU 231 del 3 agosto 2016	4.10.2016		

ATC V° LIVELLO	Descrizione Principio attivo	Rif. GU	entrata in vigore GU	FONDO INNOVATIVI (L.232/2016, art.1, comma 401)	Valorizzazione importo 2018
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		
V10XX02	Ibritumomab Tiuxetano	GU 140 del 18 giugno 2005	19.6.2005		
L01XC26	Inotuzumab ozogamicin	GU 130 del 07 giugno 2018	08.06.2018		
L01XC31	Avelumab	GU 222 del 24 settembre 2018	25.09.2018		
L01DB11	Pixantrone	GU 151 del 2 luglio 2018	17.07.2018		
Farmaci oncologici ad alto costo infusionali INNOVATIVI					
L01CD01	Abraxane (Paclitaxel albumina) 039399011	GU 30 del 6 febbraio 2015	21.02.2015	Innovativo per l'indicazione pancreas innovativo fino al 20/02/2018^a	fino al 20.02.2018 Importo € 00 dal 21.02.2018 Importo Alto costo Vedi flag innovatività
L01XC18	Keytruda (Pembrolizumab)	G.U 108 del 10 maggio 2016	11.05.2016	Innovativo per tutte le indicazioni ^b	Importo € 00
L01XC17	Opdivo (Nivolumab)	GU 70 del 24 marzo 2016	25.03.2016	Innovativo per alcune indicazioni ^c	Importo € 00 Vedi flag innovatività
		GU 43 del 21 febbraio 2017	22.02.2017		
L01XC24	Darzalex (Daratumumab)	GU 90 del 18 aprile 2018	19.04.2018	Innovativo per l'indicazione "trattamento di mieloma multiplo dopo almeno una precedente terapia in combinazione con lenalidomide e desametasone, o bortezomib e desametasone" ^d	dal 1.01.2018 al 18.04.2018 Importo Alto costo dal 19.04.2018 Importo € 00 Vedi flag innovatività
L01XC16	Qarziba (Dinutuximab beta)	GU 176 del 31 luglio 2018	01.08.2018	Innovativo per l'indicazione "neuroblastoma ad alto rischio" ^d	dal 1.08.2018 Importo € 00 Vedi flag innovatività
L01XC32	Tecentriq (Atezolizumab)	GU 162 del 14 luglio 2018	15.07.2018	innovativo	dal 15.07.2018 Importo € 00

(a) Il Paclitaxel albumina è nell'elenco degli innovativi oncologici fino al 20/2/2018 e pertanto dopo tale data segue la regola dei farmaci oncologici ad alto costo.

(b) Per pembrolizumab si specifica che l'AIC n. 044386011 confezione 50 mg è rimborsato SSN e accede al fondo farmaci innovativi solo per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti. Questo stesso AIC invece NON è rimborsato SSN quando impiegato nel trattamento di prima e seconda linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico, come riportato in Gazzetta n. 181 del 4 agosto 2017.

(c) Per nivolumab si specifica che nel corso del 2018 sono state pubblicate ulteriori Determine AIFA e attualmente vi sono:

- indicazioni con innovatività terapeutica e accesso al fondo farmaci innovativi: melanoma (solo in monoterapia), carcinoma a cellule renali, carcinoma polmonare non a piccole cellule;
- indicazioni con innovatività condizionata, quindi rimborsate SSN ma senza accesso al fondo farmaci innovativi: linfoma di Hodgkin classico e carcinoma squamoso della testa e del collo;
- indicazioni NON rimborsate SSN: carcinoma uroteliale, melanoma in associazione con ipilimumab.

(d) Anche daratumumab e dinutuximab sono innovativi solo per una indicazione, ma è difficile distinguere tra le varie indicazioni.

Al fine di distinguere le indicazioni per cui i farmaci oncologici innovativi sono da considerare ad alto costo, in quanto non coperti dal Fondo degli innovativi oncologici, si introduce nel **campo 50 "flag innovatività"** che distingue le indicazioni terapeutiche:

0= farmaco ad alto costo/valorizzato

1= farmaco innovativo (importo a zero)

Tale campo 50 va impostato per quei sette farmaci evidenziati che riportano in colonna valorizzazione importo 2018 - "VEDI FLAG INNOVATIVITA"

Tabella - Altri Farmaci INNOVATIVI oncologici (orali)

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

ATC V° LIVELLO	Specialità medicinale	Rif. GU	entrata in vigore GU	NOTE	Valorizzazione importo 2018
L01XX47	Zydelig (idelalisib)	GU 198 del 27/8/2015		Innovativo fino al 10/09/2018	fino al 10.09.2018 Importo € 00
L01XE27	Imbruvica (ibrutinib)	GU 296 del 21/12/2015 GU 231 del 3/10/2016		Non è innovativo per l'indicazione in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (CLL) precedentemente non trattati. (**)	Importo € 00 Vedi flag innovatività
L01XE36	Alecensa (alectinib)	GU 176 del 31/7/2018	01.08.2018	Innovativo solo per l'indicazione trattamento in prima linea di pazienti NSCLC***	dal 1.08.2018 Importo € 00 Vedi flag innovatività
L01XE39	Rydapt (midostaurina)	GU 189 del 16/08/2018	17/08/2018	Innovativo per l'indicazione "leucemia mieloide acuta di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva" (***)	dal 17.08.2018 Importo € 00 Vedi flag innovatività
L04AX06	Imnovid (pomalidomide)	GU n.42 del 20-2-2018	21/02/2018	Innovatività fino al 19/08/2018	dal 1.01.2018 al 20.02.2018 valorizzati dal 21.02.2018 al 19.08.2018 Importo € 00 dal 20.08.2018 valorizzati

(**) Imbruvica (ibrutinib) non è nel fondo innovativi per l'indicazione in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (CLL) precedentemente non trattati.

(***) Anche Alecensa (alectinib) e Rydapt (midostaurina) sono innovativi solo per una indicazione. Difficile distinguere tra le due indicazioni.

Tabella - Farmaci innovativi (dell'art.1 comma 594, legge di stabilità 2015 e L.232/2016)

Fondo innovativi dal 1.1.2017, legge n. 232 11.12.2016, art.1 comma 400)

ATC V° LIVELLO	Specialità medicinale	Rif GU	NOTE	Valorizzazione importo 2018
J05AP07	DAKLINZA		Innovativo fino al 04/05/2018	fino al 4.05.2018 Importo € 00
J05AP09	EXVIERA		Innovativo fino al 23/05/2018	fino al 23.05.2018 Importo € 00
J05AP53	VIEKIRAX		Innovativo fino al 23/05/2018	fino al 23.05.2018 Importo € 00
R07AX02	KALYDECO	Nuova indicazione GU 73/2017 (Mutazione R117H nel gene CFTR)	Innovativo fino al 04/05/2018	fino al 4.05.2018 Importo € 00
R07AX02	KALYDECO	Nuova indicazione terapeutica e nuove formulazioni G.U. n.75/2017 (bb di età pari o superiore a 2 anni)	Innovativo fino al 04/05/2018	fino al 4.05.2018 Importo € 00
J05AP05	OLYSIO		inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 27 giugno 2015 innovativo fino al 23/02/2018	fino al 23.02.2018 Importo € 00
J05AP54	ZEPATIER	GU 28 del 3/2/2017		Importo € 00
J05AP55	EPCLUSA	GU 96 del 26/4/2017		Importo € 00
J05AP57	MAVIRET	GU 226 del 27/9/2017		Importo € 00
L03A	STRIMVELIS 044880019	GU 178 del 1/08/2016		Importo € 00
M09AX07	SPINRAZA	GU 226 del 27/09/2017		Importo € 00
S01XA24	OXERVATE	GU 18 del 23/01/2018	inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 24/01/2018	dal 24.01.2018 Importo € 00
J05AP56	VOSEVI	GU 90 del 18/04/2018	inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 19/04/2018	dal 19.04.2018 Importo € 00
D11AH05	DUPIXENT	GU 208 del 7/9/2018	inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 08/09/2018	dal 8.09.2018 Importo € 00
J05AX18	PREVYMIS	GU 216 del 17/9/2018	inserito nel fondo degli innovativi a partire dal 18/09/2018	dal 18.09.2018 Importo € 00
B02BX06	HEMLIBRA	GU 284 del 06/12/2018	Innovativo dal 07/12/2018	Importo € 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.

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

5= numero scheda SDO assente/errata o non associata alla somministrazione del farmaco (modalità di erogazione 07)

SEGNALAZIONE FACOLTATIVA NEL 2018 E OBBLIGATORIA DAL 2019

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)

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 anagrafiche

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 prescrivitore	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	Numero scheda SDO	AN	16	Le prime due cifre indicano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno. Deve coincidere con la SDO di riferimento presente nel flusso A inviato.	FAC nel 2018; OBB dal 2019 se Modalità erogazione=07
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 GGMMAAAA	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 GGMMAAAA	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	Flag innovatività	AN	1	0= alto costo/valorizzato; 1= innovativo	OBB
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 Segnalazione facoltativa nel 2018 obbligatoria dal 2019: 5=numero scheda SDO assente/errata o non associata alla somministrazione del farmaco (modalità di erogazione 07)	
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 associate 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 emofili 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 000000000000,00)	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. (00000000,00000)	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 M = auto con personale medico P = auto con personale paramedico
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.

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)

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 M = auto con personale medico P = auto con personale paramedico	OBB V
158-164	Campo vuoto	AN	7		
165-167	Quantità	N	3	0 di default 1 = tariffa per singolo intervento Minuti di intervento o Kilometri percorsi	OBB V
168-169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente; 03=pagamento quota ricetta.	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'

Nuovo Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (NAIP) Modalità di Compensazione Interregionale –

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 tra le Regioni Veneto, Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Province Autonome di Bolzano e Trento) 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

Con DGR n. 1135 del 1° settembre 2015 è stato istituito il nuovo Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (NAIP) tra le Regioni/ Province Autonome (PP.AA) del precedente Accordo AIP, eccezion fatta per Emilia Romagna e Toscana che hanno dato vita a gestioni autonome dal 1° gennaio 2017. La produzione del nuovo Fornitore del servizio di NAIP non ha generato scambi di prodotto nel corso del 2017 essendo, come noto, lungo e complesso il ciclo di lavorazione industriale..

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

Per ogni lotto di produzione/lavorazione 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 i medicinali plasmaderivati (MDP) prodotti sono di proprietà di ciascun Ente in rapporto al plasma (e dunque alla materia prima) effettivamente conferito. Perciò, a fronte di un magazzino fisicamente unico, la proprietà regionale di MDP 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 PP.AA inoltrano al CRAT, cui compete la gestione amministrativa e contabile dell'Accordo Interregionale, che li 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 dell'Accordo, 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/P.A. 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'Accordo (ex DGRV n. 3207 del 15 ottobre 2005 e ss.mm. ii.).

La definizione economica delle posizioni compensative tra le Regioni e le PP.AA. aderenti all'Accordo è stata approvata con DGRV 4039 del 20/12/2005 e ss.mm. ii.: tale procedura prevede la predisposizione dei conteggi relativi alle posizioni debitorie e creditorie da parte dell'Ufficio di Coordinamento dell'Accordo, segue da parte della Regione Veneto, capofila dell'Accordo, un atto deliberativo che recepisce le determinazioni assunte dal gruppo di Coordinamento dell'Accordo

A partire dall'attività relativa all'anno 2008 perciò, la Regione Veneto provvede a trasmettere a ciascuna Regione e P.A. aderente all'AIP (fino all'esercizio 2016; nel 2017 esclusivamente per quanto attiene alla compensazione finanziaria anno Plasma 2016), al NAIP (dall'esercizio 2017) 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 viene 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'Accordo, la funzione di validazione di ciascuna Regione debitrice/creditrice risulta 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	
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	
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	

Cessione di emocomponenti labili, medicinali plasmaderivati (MPD), prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione

Il Centro Nazionale Sangue (CNS) a decorrere dall'anno 2010 coordina i flussi relativi alla cessione di emocomponenti e dall'anno 2017 coordina, inoltre, i flussi relativi alla cessione di medicinali plasmaderivati (MPD), prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione. Si conferma che "la valorizzazione dei crediti e dei corrispondenti debiti è riassunta in appositi reports, redatti a cura del CNS, che provvede a coordinare i flussi informativi delle Strutture Regionali di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC). Queste ultime avranno il compito di inserire tutte le informazioni relative agli scambi di emocomponenti utilizzando un apposito modulo del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), che certifica la trasmissione e la ricezione dei beni.

Gli scambi di emocomponenti labili, oggetto di valorizzazione economica, sono stati riferiti, **fino al 30 giugno 2016**, ai prodotti previsti dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 e alle relative tariffe.

Dal 1° luglio 2016, a seguito dell'emanazione dell' Accordo Stato Regioni n.168 del 20 ottobre 2015¹ e del Decreto del 2 novembre 2015² i prodotti e le relative valorizzazioni economiche sono stati aggiornati (vedi allegati D, E).

Si ricorda che come disposto dal DM del 2 novembre 2015, dal 29 dicembre 2016 "tutti gli emocomponenti eritrocitari e piastrinici sono prodotti con leucodeplezione mediante filtrazione pre-storage, con metodi atti a garantire l'ottenimento, prima della conservazione, di un residuo leucocitario per unità inferiore a 1×10^6 , al fine di ridurre gli eventi avversi associati alla contaminazione leucocitaria degli emocomponenti eritrocitari e piastrinici", pertanto l'emocomponente "concentrato eritrocitario privato del buffy-coat e risospeso in soluzione additiva" con codice 99757 non è più presente nel flusso F e, nella sezione "Compensazione" del SISTRA, non è più presente il corrispondente codice 3 (vedi allegato E).

Si ricorda inoltre che a seguito dell'emanazione del suddetto accordo, il codice 99767 nel flusso F ricomprende sia il prodotto con codice 43 in SISTRA (Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage) sia quello con codice 69 (Piastrine da plasmapiastroaferesi leucodeplete pre-storage).

Rispetto all'Accordo Stato-Regioni n. 168 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 prevista nel flusso delle prestazioni di pertinenza del Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo (IBMDR). Nel caso di donazione autologa o di donazione da donatore consanguineo di cellule staminali emopoietiche e di donazione dedicata e autologa di sangue cordonale, per gli ambiti previsti dal decreto del 18 novembre 2009, permangono le modalità in essere (fatturazione diretta) nelle more della definizione di tariffe nazionali stabilite da un apposito gruppo tecnico sotto il coordinamento del CNS e del Centro Nazionale Trapianti (CNT). Si precisa che i linfociti da aferesi allogenici utilizzati ai fini di trapianto seguono il flusso IBMDR e non devono essere inseriti nella sezione convenzioni e compensazione di SISTRA.

Si conferma che :

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

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 -

¹ 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.

² 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

<https://cns.sanita.it/SISTRA/>), coordinato a livello nazionale dal CNS.

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 SRC (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), in tempo reale e comunque 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 SRC (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), attraverso l'apposita funzione di SISTRA, l'accettazione o la contestazione degli importi in addebito in tempo reale e comunque 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 nazionale.**

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 labili - 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 di rendicontazione economica degli emocomponenti labili

Compensazione interregionale medicinali plasmaderivati (MPD), prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione -
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 2 – Matrice di rendicontazione economica dei MPD, prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione

Struttura dati

Cessione di emocomponenti labili e di farmaci plasmaderivati (MPD), prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione

In relazione al grado di evoluzione dei sistemi informativi delle SRC, 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 CNS (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 ³	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 1° 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)

³ Da valorizzare per ogni cessione avvenuta

	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)
Identificazione degli emocomponenti ceduti ⁴	Codice emocomponente	N	2	Codice a norma UNI dell'emocomponente scambiato.	Valori di riferimento riportati nell'allegato B. (Campo obbligatorio)
	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 (Campo Obbligatorio)
Identificazione delle unità cedute per emocomponente ⁸	Codice unità	AN	15	Codice identificativo a norma UNI della unità di emocomponente.	(Campo obbligatorio)
	Gruppo AB0	N	4	Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno AB0	Valori di riferimento riportati nell'allegato C. (Campo obbligatorio)
	Tipo Rh	N	4	Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno AB0	Valori di riferimento riportati nell'allegato D. (Campo obbligatorio)
Trattamenti o maggiorazioni per ogni unità ceduta	Codice maggiorazione	AN	5	Codici delle eventuali maggiorazioni da applicare all'unità di emocomponente	Valori di riferimento riportati nell'allegato E. (Campo facoltativo)

⁴ 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
"Gruppo AB0"

Codice	AB0
0101	0
0102	A
0110	B
0114	AB

Allegato C

Valori da assegnare al campo
"Tipo Rh"

Codice	Tipo Rh
0201	POS
0202	NEG

Allegato D (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)*
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

Allegato E (in vigore dal 1° luglio 2016)

Compensazione interregionale emocomponenti e di farmaci plasmaderivati (MPD), prodotti intermedi e semilavorati da plasma italiano prodotti in convenzione							
Prodotti					Lavorazioni opzionali		
Codice SISTR A	Codice mobilità	Descrizione SISTR A (UNI)	Descrizione Accordo Stato regioni 20/10/2015*	Tariffa/uro	Codice	Descrizione	Tariffa/uro
25	99758	Emazie concentrate leucodeplet e pre-storage	Concentrato eritrocitario leucodepleto mediante filtrazione in linea	181	99713	Irradiazione	19
					99714	Lavaggio cellule manuale	27
					99715	Lavaggio cellule con separatore	92
					99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	246
					99785	Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze	20
67	99759	Emazie da aferesi leucodeplet e pre-storage	Concentrato eritrocitario leucodepleto da aferesi	187	99713	Irradiazione	19
					99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	246
					99785	Cessione di concentrati eritrocitari di gruppo 0 Rh negativo per scorte ed emergenze	20
30	99763	Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat	Concentrato piastrinico da singolo buffy-coat	19	99713	Irradiazione	19
					99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	246
43	99767	Piastrine da aferesi multipla leucodeplet e pre-storage	Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente leucodepleto in linea	256	99713	Irradiazione	19
					99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	246
					99770	Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)	60

68	99766	Piastrine da piastrinoafesi leucodeplet e pre-storage	Concentrato piastrinico da aferesi leucodepleto in linea	418	99713	Irradiazione	19
					99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	246
					99770	Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)	60
7	99739	Plasma fresco congelato da sangue intero	Plasma fresco congelato ad uso trasfusionale da frazionamento del sangue intero	21	99718	Inattivazione virale del plasma (unità da scomposizione sangue intero o da aferesi)	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	<i>Irradiazione</i>	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	<i>Irradiazione</i>	19
					99770	<i>Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)</i>	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	<i>Irradiazione</i>	19
					99770	<i>Inattivazione virale delle piastrine (da pool di buffy-coat o da aferesi)</i>	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 trasfusional e 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 e 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 e ottenuto da aferesi-allogenico	Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale ottenuto da aferesi-allogenico§	458			
92	99773	Concentrato piastrinico non trasfusionale e ottenuto da aferesi-autologo	Concentrato piastrinico non trasfusionale ottenuto da aferesi-autologo§	416			
91	99772	Concentrato piastrinico per uso non trasfusionale e 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 e 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 2014-2018 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 gli anni 2014-2018 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 monospecialistici (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 ECCEPTE CERVICALE CON CC	alta	3,8451
498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE SENZA CC	alta	3,2406
499 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEPTE 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 ECCEPTE 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**

✓ **Tattamento 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

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

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

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 1.7.2010 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.



Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo
e Banche di Sangue Cordonale

Italian Bone Marrow Donor Registry

TARIFFARIO PER LE PRESTAZIONI PER LA RICERCA E REPERIMENTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE DA NON
CONSANGUINEO

(decorrenza: 1 settembre 2015).

1. Ricerca preliminare e attivazione 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.	gratuita
2. Tipizzazione HLA classe II – locus DRB con tecniche di biologia molecolare 2.1 Estrazione di DNA	€ 59,05
2.1.1 Tipizzazione HLA-DRB1* a bassa risoluzione	€ 213,34
2.1.2 Tipizzazione HLA-DRB1* o HLA-DRB1*, DRB3*, DRB4*, DRB5* ad alta risoluzione	€ 311,57
N.B.: nel caso in cui la tipizzazione HLA risulti discrepante dalla precedente, l'esame è comunque da terminare e addebitare.	
3. Tipizzazione genomica con tecniche molecolari ad alta risoluzione 3.1 Estrazione di DNA	€ 59,05
3.1.1 Tipizzazione HLA-A	€ 101,48
3.1.2 Tipizzazione HLA-B	€ 101,48
3.1.3 Tipizzazione HLA-C	€ 101,48
3.1.4 Tipizzazione HLA-DRB3/4/5 (se non contestuali al DRB1* HR)	€ 311,57
3.1.5 Tipizzazione HLA-DQA1	€ 178,38
3.1.6 Tipizzazione HLA-DQB1	€ 178,38
3.1.7 Tipizzazione HLA-DPA1	€ 155,29
3.1.8 Tipizzazione HLA-DPB1	€ 188,71
N.B.: nel caso in cui la tipizzazione HLA risulti discrepante dalla precedente, l'esame è comunque da terminare e addebitare.	
4. Marcatori infettivologici e/o gruppo sanguigno I donatori HLA-ABDRB1* tipizzati possono essere richiamati per i seguenti esami:	
4.1 Prelievo venoso	
4.1.1 Sierodiagnosi per la sifilide, anti HCV, HbsAg, Anti-CMV IgG e IgM, Anti HIV1-2	€ 2,58
4.1.2 ABO e Rh	€ 53,55
4.1.3 CMV (IgG e IgM)	€ 7,75

	€	16,85
5. Campioni di sangue 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 (Sierodiagnosi per la sifilide, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV 1 e 2 , CMV IgG e IgM), la tipizzazione AB0-Rh, la sessione informativa pre-prelievo. E' previsto, inoltre, il rimborso delle spese "out of pocket"*** del donatore.		
5.2 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.		
6. Raccolta di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da sangue midollare		
6.1 Preliminari connessi al prelievo	€	399,79
Sono comprensivi di anamnesi, visite mediche (generica, cardiologica e anestesiologicala), prestazioni strumentali specialistiche, esami chimico-clinici come previsti da Standard operativi IBMDR		
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, il follow up del donatore fino a 1 anno dopo la donazione. E' prevista, inoltre, una copertura assicurativa e il rimborso delle spese "out of pocket" ** del donatore.		
Costo totale della procedura di prelievo di CSE midollari		€ 17.000,00
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 alle Regioni di appartenenza dei pazienti. Se il paziente è estero, l'organizzazione del trasporto ed i relativi oneri derivanti sono a carico del Registro/Centro Trapianti estero.		

7. Raccolta di CSE da periferico, dopo somministrazione di fattore di crescita		
7.1 Preliminari connessi alla raccolta		€ 688,91
Sono comprensivi di anamnesi, visite mediche (generica, cardiologica e anestesiológica), prestazioni strumentali specialistiche, esami chimico-clinici come previsti da Standard operativi IBMDR.		
7.2 Somministrazione fattore di crescita (G-CSF)		€ 1.704,70
Comprende sino a 10 somministrazioni di fattore di crescita e la reperibilità di un medico per 7 giorni (24 ore al giorno).		
7.3 Raccolta CSE da sangue periferico		€ 13.728,65
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.		
7.4 Tutela del donatore		€ 877,74
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 "out of pocket" ** del donatore.		
Costo totale della procedura di raccolta		
7.5 Trasporto		€ 17.000,00
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 alle Regioni di appartenenza dei pazienti. Se il paziente è estero, l'organizzazione del trasporto ed i relativi oneri derivanti sono a carico del Registro/Centro Trapianti estero.		
		varie
8. Unità di CSE da sangue cordonale		
8.1 Concentrato di CSE da sangue cordonale		€ 17.000,00
Comprende il rilascio dell'unità e i costi connessi (controlli di qualità esclusa la tipizzazione HLA, costo del personale sanitario addetto alla manipolazione delle CSE, eventuali campioni materni, materiale d'uso, ecc.)		
8.2 Test di conferma finale		€ 475,35
E' obbligatorio ai fini del rilascio dell'unità; comprende l'estrazione del DNA e la tipizzazione (HLA-A, B e DRB1* LR) di conferma sia della precedente tipizzazione che dell'identità dell'unità SCO.		
Costo totale della procedura di invio di unità di CSE da sangue cordonale		
8.3 Fornitura campioni di DNA da unità di sangue cordonale		€ 17.475,35
Richiedibile solo contestualmente alla richiesta di invio dell'unità SCO, se disponibili. I campioni possono essere spediti contestualmente all'unità o separatamente.		
8.4 Trasporto		€ 441,33
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 alle Regioni di appartenenza dei pazienti. Se il paziente è estero, l'organizzazione del trasporto ed i relativi oneri derivanti sono a carico del Registro/Centro Trapianti estero.		
		varie

<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 delle spese "out of pocket" * del donatore 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. Leucocitoferesi 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>Sono comprensivi di anamnesi, visite mediche ed esami chimico-clinici, nonché il follow-up del donatore per sei mesi. Prevede, inoltre, l'utilizzo dell'unità di aferesi, del personale sanitario addetto al prelievo oltre al materiale d'uso e degli esami per la qualificazione biologica del prodotto. E' prevista una copertura assicurativa e il rimborso delle spese out of pocket** del donatore.</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, alle Regioni di appartenenza dei pazienti. Se il paziente è estero, l'organizzazione del trasporto ed i relativi oneri derivanti sono a carico del Registro/Centro Trapianti estero.</p>	<p>€ 538,00</p> <p>varie</p>

11. Esami di compatibilità finale

Per esami di compatibilità finale si intende la verifica della tipizzazione HLA:

- 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.

varie

11.1 Esami di compatibilità finale del paziente

Requisiti minimi: ripetizione della tipizzazione HLA A*, B* in biologia molecolare bassa risoluzione (ove questa discrimina il corrispondente split sierologico) e HLA DRB1* in alta risoluzione – una tantum prima della selezione del donatore /SCO per trapianto e dopo l'attivazione della ricerca.

Estrazione del DNA

HLA-A

HLA-B

HLA-DRB1

Su richiesta del Centro Trapianti possono essere erogate le seguenti ulteriori prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare:

HLA-C

HLA-DRB3/4/5

HLA-DQA1

HLA-DQB1

HLA-DPA1

HLA-DPB1

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

HLA-A

HLA-B

HLA-C

HLA-DRB1

HLA-DQB1

Su richiesta del Centro Trapianti possono essere erogate le seguenti ulteriori prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare ad alta risoluzione:

HLA-DRB3/4/5

HLA-DQA1

HLA-DPA1

HLA-DPB1

	€	475,35
11.3 Esami di compatibilità finale sull'unità SCO	€	59,05
Estrazione del DNA e conferma della tipizzazione HLA A*, B*, e DRB1* in biologia molecolare bassa risoluzione sull'unità selezionata per trapianto.	€	101,48
Estrazione del DNA	€	101,48
HLA-A	€	213,34
HLA-B		
HLA-DRB1		

** Per spese "out of pocket" del donatore, si intende rimborso spese (documentate) relative a viaggio, alloggio, vitto del donatore dovute alla procedura di donazione, sino ad un massimo di € 100,00.

NOTE

L'organizzazione dell'I.B.M.D.R. presuppone il coinvolgimento delle seguenti strutture operative:

1. **CNC** = registro nazionale
2. **RR** = registri regionali
3. **CD** = centri donatori
4. **CT** = centri trapianto
5. **CP-M** = centri prelievo di CSE da sangue midollare
6. **CP-P** = centri prelievo CSE da sangue periferico
7. **BSC** = banche di unità di sangue cordonale

Il punto 3 dell'Accordo Governo / Regioni del 5.10.2006 (prov. n. 2.637) prevede che al Registro competano i compiti di raccolta documentale, registrazione e certificazione dei costi delle attività di ricerca e di reperimento delle CSE midollari e cordonali, sia da donatore adulto sia da banca cordonale, in Italia ed all'estero e che provveda direttamente al pagamento delle spese derivanti dalle suddette attività.

Il presente tariffario regola:

7. le prestazioni rese dalle strutture italiane a favore di pazienti italiani, su richiesta dei Centri Trapianti tramite l'I.B.M.D.R. e sono addebitate da quest'ultimo alla Regione Liguria, per il successivo riaddebito alle Regioni di appartenenza dei pazienti, tramite il sistema di compensazione della mobilità sanitaria;
8. le prestazioni rese dalle strutture italiane a favore di pazienti esteri, su richiesta degli omologhi Registri internazionali tramite l'I.B.M.D.R., e sono fatturate da quest'ultimo al Registro richiedente;
9. le prestazioni erogate dalle strutture italiane, a favore di pazienti italiani ed esteri, richieste dall'I.B.M.D.R.. Le relative fatture, in accordo a quanto previsto dall'art. 6, comma 6 del D.M. n. 55 del 3 aprile 2013, a decorrere dal 31/03/2015, devono essere trasmesse solo in forma elettronica.

A tale scopo si forniscono i dati necessari per l'invio della fattura elettronica (reperibili anche sul sito www.galliera.it)

PARTITA IVA	CODICE UNIVOCO UFFICIO	NOME UFFICIO
00557720109	UFXG01	IBMDR Contabilità

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 conto 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

La Commissione salute nella seduta del 17 ottobre 2018 ha approvato la proposta, del coordinamento regionale dell'assistenza ospedaliera in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti (CNT), di rimodulare la tariffa di tipizzazione del donatore portandola a 120€.

Dal 1 gennaio 2019 la tariffa per la ricerca di nuovi donatori è di 120 €

**TARIFFA PER LO SCAMBIO DI MOBILITA' INTERREGIONALE - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24° anno 2014-2018**

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 miscelanea 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 miscelanea 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	Infiammazioni 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 parto con complicazioni mediche	1.262	190	190	346	10	127	0,4019
Potenzialmente inappropriato	14	M	384	Altre diagnosi parto 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 traumatismi multipli rilevanti	22.206			5.899	73	423	5,0987
Alta complessità	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	19.551			5.129	42	278	4,4919
Alta complessità	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	19.289			4.440	50	311	4,6091
	24	M	487	Altri traumatismi 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 vertebrale 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**

MDC	56- riabilitazione						60- lungodegenza		
	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