

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

Versione in vigore per le attività dell'anno 2013

Premessa	pag. 3
Invio dei record di attività	pag. 4
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. 28
Tracciato record	pag. 31
Medicina generale (flusso B)	pag. 34
Tracciato record	pag. 36
Specialistica ambulatoriale (flusso C)	pag. 37
Tracciato record	pag. 41
Farmaceutica (flusso D)	pag. 44
Tracciato record	pag. 47
Cure termali (flusso E)	pag. 49
Tracciato record	pag. 51
Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)	pag. 53
Tracciato record	pag. 60
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)	pag. 63
Tracciato record	pag. 65
Accordo Interregionale Plasmaderivazione	pag. 67
Cessione di emocomponenti labili	pag. 70
Tariffa Unica Convenzionale (TUC)	pag. 82
Tariffe TUC versione anno 2013	pag. 101

PREMESSA

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

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

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

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

Prestazioni in compensazione:

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

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

entro il 30 giugno	Invio dei dati di attività
entro il 15 settembre	Invio delle contestazioni
entro il 31 ottobre	Invio delle controdeduzioni

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutte le attività che necessitano di autorizzazioni preventive (ad esempio le dispensazioni di assistenza integrativa, ecc.) devono essere addebitate tramite fatturazione diretta.

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

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

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

INVIO DEI RECORD DI ATTIVITA'

L'invio dei dati analitici delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni avviene annualmente entro il 30 giugno dell'anno successivo all'anno in compensazione. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione inviata tramite PEC. Per una più rapida ricezione dei dati è auspicabile che l'indirizzo contenga anche il nominativo dei singoli referenti regionali.

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

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

Fermo restando che l'importo da porre in compensazione è determinato esclusivamente dall'importo documentato con record ed inviato entro il termine stabilito, le scadenze per l'invio delle tabelle trimestrali riassuntive e la scadenza annuale sono le seguenti:

entro il 15 maggio	tabella riepilogativa di attività del I trimestre (facoltativo)
entro il 15 luglio	tabella riepilogativa di attività del II trimestre comprensiva di eventuali integrazioni del I trimestre (facoltativo)
entro il 30 novembre	tabella riepilogativa di attività del III trimestre comprensiva di eventuali integrazioni dei trimestri precedenti (facoltativo)
entro il 15 ottobre anno successivo	dati analitici, Modello M al Ministero ed al coordinamento del gruppo tecnico, Modello H alle regioni (obbligatorio)

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

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

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

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

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

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

Nel caso in cui:

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

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

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

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

Dove:

RRR Regione ricevente

0 Invio annuale dati attività

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

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

rrr Regione inviante

Gli importi in Euro delle singole prestazioni vengono valorizzati secondo i tariffari in vigore nelle regioni creditrici ad eccezione dei record delle attività di ricovero che dovranno essere valorizzati secondo le regole ed i criteri della Tariffa Unica Convenzionale (TUC). Copia dei provvedimenti tariffari in vigore per l'anno di riferimento e per i singoli flussi dovranno essere inviati alle Regioni debtrici.

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

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

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

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

Annualmente le Regioni prima della scadenza dell'invio dei record di attività, comunicano alla Regione Umbria, in qualità di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, l'aggiornamento della casella di Posta Elettronica Certificata individuata per la rice-trasmissione delle comunicazioni dell'avvenuto deposito dei file e dei documenti.

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

propria regione.

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

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

Dove

RRR Regione ricevente

0 Invio annuale dati attività

AA Anno di competenza

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

rrr Regione inviante

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

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

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

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria			
Modello H			
Regione creditrice :	intestazione ed indirizzo della Regione che invia le note di addebito		
Regione debitrice :	Regione debitrice		
Periodo :	Anno di riferimento		
RIEPILOGO ADDEBITI			
Tipologia prestazione	NUMERO RECORD	NUMERO PRESTAZIONI	IMPORTO
Ricoveri ospedalieri e day hospital			
Medicina generale			
Specialistica ambulatoriale			
Farmaceutica			
Cure termali			
Somministrazione diretta di farmaci			
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso			
Totale			
Data :	Il responsabile :		

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

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

MINISTERO DELLA SALUTE										Modello M
Dipartimento della Programmazione										
Compensazione interregionale della mobilità sanitaria										
REGIONE										
Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno										(all'intero di Euro)
Provenienza	Prestazione	Ricoveri ordinari e day hospital	Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE	
PIEMONTE										
VALLE D'AOSTA										
LOMBARDIA										
P.A. BOLZANO										
P.A. TRENTO										
VENETO										
FRIULI V.G.										
LIGURIA										
EMILIA ROMAGNA										
TOSCANA										
UMBRIA										
MARCHE										
LAZIO										
ABRUZZO										
MOLISE										
CAMPANIA										
PUGLIA										
BASILICATA										
CALABRIA										
SICILIA										
SARDEGNA										
BAMBIN GESU'										
TOTALE										
Data										Il responsabile

Fornitura Anagrafica Strutture Sanitarie

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

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

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

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

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

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

Il Coordinamento provvederà a trasmettere i files sopra elencati ai referenti del gruppo tecnico della mobilità sanitaria interregionale entro il **30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento**.

CONTESTAZIONI SUI RECORD DI ATTIVITA'

Ogni regione ha la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre regioni e contestare gli eventuali errori entro il 15 settembre dell'anno successivo all'anno in compensazione. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione a mezzo PEC.

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

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

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

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

Nel caso in cui:

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

le contestazioni saranno da considerare nulle.

Nel caso in cui:

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

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

La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello Cr" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i 15 giorni successivi alla data di scadenza per l'invio delle contestazioni. Ogni regione dovrà compilare un modello Cr per ogni flusso ed un modello Cr di riepilogo di tutti i flussi.

Ogni regione ha la facoltà di effettuare altri controlli sui dati ricevuti, ma non deve assolutamente far rientrare le anomalie eventualmente individuate con tali controlli nei campi

errore previsti nei flussi delle contestazioni. L'esito di questi controlli potrà facoltativamente essere fatto pervenire alle regioni debentrici in uno spirito di collaborazione e di verifica reciproca della qualità dei dati anche al fine di verificare evenienze ad oggi non previste all'interno dei controlli vincolanti.

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

Dove:

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

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

Dove

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

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

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

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

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello C

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

Regione contestata : Regione creditrice

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO ADDEBITI E CONTESTAZIONI

Tipologia Prestazione	Addebito da mod. H		Addebito da file		Addebito riconosciuto da file		Addebito contestato da file		Differenza mod H e file non riconosciuta
	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Importi in Euro
Ricoveri ospedalieri e day-hospital									
Medicina generale									
Specialistica ambulatoriale									
Farmaceutica									
Cure termali									
Somministrazione diretta di farmaci									
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso									
Totale									
Data	Il Responsabile								

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

Tipologia Prestazione	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	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	
010 - Piemonte															
020 - Valle d'Aosta															
30 - 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															
Totale															
Data	nome compilatore														

Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero scambiata in regime di mobilità sanitaria interregionale nell'anno 2013

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 2013						
Area	Codice	Indicatore	Valore soglia	Numero minimo casi al denominatore	Livello di elaborazione	Note
Chirurgica	C1 (09)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Generale	30 %	50	Reparto	
	C1 (13)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Toracica	35%	50	Reparto	
	C1 (14)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Vascolare	35%	50	Reparto	
	C1 (34)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Oculistica	30%	50	Reparto	

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

Allegato 2)

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

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

Allegato 3)

Ulteriori criteri di contestazione per ricoveri potenzialmente inappropriati

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

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

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

Le Regioni hanno inoltre la facoltà di evidenziare:

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda le modalità di gestione delle segnalazioni:

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

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

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

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

Tabella 1

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

RISPOSTA ALLE CONTESTAZIONI (CONTRODEDUZIONI)

La regione contestata entro il 31 ottobre potrà presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a rinviare tutti e soli i record contestati con l'eccezione della casistica relativa alla correzione della regione debitrice come di seguito definita. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data della comunicazione a mezzo PEC.

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

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

A= i dati 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 sia possibile interpretare il contenuto dei documenti per la loro mancata aderenza alle specifiche (es. campi non allineati correttamente, righe di lunghezza non prevista)

la regione contestante deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle controdeduzioni per la quale farà fede la data di recapito così come registrata sulla ricevuta. La regione contestata deve procedere al rinvio dei dati, pena la nullità delle controdeduzioni, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

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

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

Dove:

RRR Regione ricevente

D Invio controdediti

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

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

rrr Regione inviante

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

Dove

RRR Regione ricevente

D Invio controdediti

AA Anno di competenza

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

rrr Regione inviante

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

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

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

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello D

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

Regione contestante : Regione che ha inviato le contestazioni

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI

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

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Modello Dr

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

Periodo : Anno di riferimento

RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI

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

COMPOSIZIONI BILATERALI E COLLEGIO ARBITRALE

Entro il 30 novembre di ogni anno le Regioni devono concludere, attraverso composizioni bilaterali, i contenziosi non sanati con l'invio delle controdeduzioni. L'originale o copia dell'accordo siglato dalle parti deve essere consegnato o trasmesso al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti.

Tutte le vertenze che non trovano una risoluzione bilaterale entro il termine indicato verranno affidate ad un organo con funzione di "collegio arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESCRIZIONI COMUNI A TUTTI I TRACCIATI RECORD

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

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

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

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

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

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

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

IDENTIFICATIVO UTENTE

1) Codice fiscale;

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

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

Valgono le seguenti eccezioni

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

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

Flusso dei Ricoveri

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

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

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

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

Flusso della Farmaceutica e della Somministrazione diretta di farmaci

Tipologia patologia/farmaco	Campi interessati dalla verifica	Valore
HIV	Codice farmaco	Tutti i Minsan10 afferenti al codice ATC: J05 Antivirali 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)
Dipendenza	Codice farmaco	Tutti i Minsan10 afferenti al codice ATC: N07BC01 e N07BC02 – Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nella dipendenza da alcool

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

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

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

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

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

OBBLIGATORIO IN ALTERNATIVA - codice OIU

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

OBBLIGATORIO - codice OBB

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

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

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

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

FACOLTATIVO - codice FAC

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

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

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

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

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

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

Esempio di conversione:

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

Importo totale

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

Importo ticket

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lombardia	031
Liguria	071
Lazio	122
Campania	151
Puglia	161

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

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

RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL (FLUSSO A)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

- casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo e il Codice Fiscale deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato
- nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita. In questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e data di nascita.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

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

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

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

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

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

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

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

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa

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

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

4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta

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

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

Errori caratteristiche ricoveri (ERR04)

1= regime ricovero assente o errato

2= Reparto ammissione/dimissione

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

3= Modalità di dimissione

Non valorizzata o non esistente nel dominio

4 = Tipo di ricovero

Non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH)

5 = Più errori concomitanti per questo tipo di errore

Errori nella chiave del record (ERR05)

3= ricovero ripetuto effettivo

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

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

1= Importo assente o non valorizzato come numerico

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

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

Errori sulla data della prestazione (ERR08)

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

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

3= Data dimissione inferiore alla data ricovero.

4= In caso di ricovero in DH.

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

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

Errori sull'onere della prestazione (ERR09)

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

2= Onere degenza assente o errato.

Tracciato record File "A"
RICOVERI ORDINARI e DAY HOSPITAL

FILE A1 – archivio dati anagrafici

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

FILE A2 – archivio dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice Regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB V
15-22	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno di ricovero, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB V
23	Regime di ricovero	AN	1	1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno	OBB V
24-31	Data di ricovero	AN	8	Formato ggmmaaaa	OBB V
32	Provenienza del paziente	AN	1	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=infornio sul lavoro, 2=incidente in ambiente domestico, 3=incidente stradale, 4=violenza altrui, 5=autolesione o tentativo suicidio, 9=altro tipo di incidente	FAC
41-44	Reparto di dimissione	AN	4	Si deve utilizzare la codifica prevista dai Flussi ministeriali HSP. I primi due caratteri del codice identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera, i secondi due individuano le eventuali divisioni esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una	OBB V

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

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

MEDICINA DI BASE (FLUSSO B)

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

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

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

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

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

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

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

Errori sulla chiave del record (ERR05)

La chiave che è costituita dai campi:

codice regione addebitante, codice ASL/Azienda, ID.

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

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

3= Record ripetuto effettivo

L'errore deve essere segnalato quando:

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

1= Importo non valorizzato come numerico

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

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

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

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

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

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

Tracciato record File "B"
MEDICINA GENERALE

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

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (FLUSSO C)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAAC.rrr

dove:

T Tipo file T = Tariffario

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

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

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 omissivo (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato; rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

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

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

- pazienti affetti da HIV con codici esenzione 020 Infezione da HIV oppure B01 Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 le.B del D.Lgs 124/98):
- pazienti affetti da HIV con erogazione delle seguenti prestazioni:
 - 91.22.2= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi qualitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
 - 91.22.3= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi quantitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)

- 91.22.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi
 - 91.22.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
 - 91.23.1= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
 - 91.23.2= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi anti antigene P24 (E.I.A.)
 - 91.23.3= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 (E.I.A.)
 - 91.23.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 da colture linfocitarie (E.I.A.)
 - 91.23.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 2] anticorpi immunoblotting (saggio di conferma)
 - eventuali codici regionali segnalati in fase di addebito
- pazienti affetto da dipendenza: in presenza di codice esenzione 014 Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool.

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

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

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

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

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

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

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

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

Errori su tipo erogazione/ricetta (ERR04)

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

Errori nelle righe/record (ERR05)

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

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

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

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

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

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna regione (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). DA ANNO COMPETENZA 2014

Lo stesso numero di ricetta SSN 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	OBV V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV 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	OBV
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	OBV V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBV
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBV
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBV 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.	OBV 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.	OBV V

FILE C2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBV V
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV 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	OBV
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	OBV
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.	OBV 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.	OBV V
39	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 se si utilizzano codifiche regionali.	OBV 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	OBV V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattati 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	OBV

				riporta l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	
59-66	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.	OBB V
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni : A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dai LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza) 2 = data di erogazione concomitante al periodo di ricovero (RO) esclusa data ricovero e data dimissione	
76	ERR09 Riservato per usi futuri (da anno competenza 2014) Errori sulla ricetta	AN	1	Valorizzare sempre a 0 (dall'anno 2014) 0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette).	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
78-97	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
98-100	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'
101-102	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	OBB V

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

FARMACEUTICA (FLUSSO D)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per la farmaceutica si intende la

data di erogazione del farmaco; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

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

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

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

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice provincia di residenza mancante o errato

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

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

Errori sulla prestazione (ERR03)

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

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

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

Errori nelle righe/record (ERR05)

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

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

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

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

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

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

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

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

Errore sulla ricetta (ERR09).

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

1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso.

Tracciato record File "D"
FARMACEUTICA

FILE D1 - dati anagrafici

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

FILE D2 - dati prestazioni sanitarie

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

				- se codice specialità =ossigeno.	
52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente	FAC
54-60	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	OBB V
61-68	Importo totale	N	8	Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.. Sulle righe zn va riportato il prezzo al netto dello sconto (l'addebito da effettuare è dato dal costo effettivamente sostenuto)	OBB V
69	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione.	OBB
70	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
71	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
72	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice)	
73	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
74	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
75	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se 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.

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

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

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

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

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

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

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

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

Errori nelle righe/record (ERR05)

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

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

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

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

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

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

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

Tracciato record File "E"
CURE TERMALI

FILE E1 - dati anagrafici

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

FILE E2 - dati prestazioni sanitarie

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

55-56	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente 03 = esente con pagamento quota ricetta (quota euro 3,10)	OBB
57-63	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	OBB V
64-71	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
72	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn)	
76	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se 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 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 antiblastici per cui è previsto, ai sensi del comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n° 448, il solo utilizzo domiciliare.

FARMACI SOMMINISTRATI IN RICOVERO

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

Le sole eccezioni sono costituite da:

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

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

Ricoveri:

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

Specialistica:

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

FARMACI UTILIZZATI IN REGIME AMBULATORIALE

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

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

Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici:

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

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

Allegato A - i farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita. La Commissione Salute del 27/03/2013 ha confermato la tabella dell'anno 2011 considerando validi tuttavia tutti i codici MINSAN10, anche se non presenti nella tabella, corrispondenti ai codici ATC indicati nella tabella stessa, conseguenti all'immissione in commercio di nuove confezioni o nuovi dosaggi.

Codice ATC	Descrizione Principio attivo
B02BB01	Fibrinogeno
B02BD01	Complesso protrombinico FIX,FII,FX
B02BD02	Fattore VIII rDNA Octocog alfa
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione

B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII
B02BD04	Fattore IX di coagulazione
B02BD05	Fattore VII di coagulazione
B02BD08	eptacog alfa (attivato)
B02BD09	Nonacog alfa
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche

Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – anno 2013

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale	Prezzo massimo di cessione al SSN (aggiornamento 7 ott 2013)	Prezzo ex-factory I.V.A. esclusa (da Det AIC)
L01XC07	BEVAC1ZUMAB	036680027	AVASTIN 25MG/ML 1FL 4ML		321,85
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	AVASTIN 25MG/ML 1FL 16ML		1.289,00
L01XC06	CETUXIMAB	036584035	ERBITUX 5MG/ML IV FL 20ML	170,62	199,00
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO	036311013	ZEVALIN 1,6MG/ML KIT IV 1FL		10.000,00
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	HERCEPTIN 150MG IV 1 FL 150	577,97	640,41
L01XX32	BOREZOMIB	036559019	VELCADE 1FL 3,5MG 10ML	1.006,65	1.300,00
L01BA04	PEMETREXED	036587018	ALIMTA IV 1 FL 500 MG	1.111,93	1.445,00
L01BA04	PEMETREXED	036587020	ALIMTA IV 1 FL 100 MG	222,39	289,00
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	MABTHERA IV 2 FL 100 MG 10ML		555,19
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	MABTHERA IV 1 FL 500 MG 50ML		1.387,72
L01BB07	NELARABINA	038116012	ATRIANCE 5MG/ML 6FL 50ML	1.983,60	2.320,00
L01XE09	TEMSIROLIMUS	038327019	TORISEL IV 30MG 1FL 1,8ML		986,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347035	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 20ML		1.700,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347011	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 5ML		425,00
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308014	CAELYX 2 MG/ML 10 ML 1FL	300,62	349,66
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308038	CAELYX 2 MG/ML 25 ML 1FL	751,55	874,15
L01BB04	cladribina	029005016	LEUSTATIN I.V. 7FL 10 ML 10MG		
L01DB01	doxorubicina cloridrato (liposomiale)	035189012	MYOCET*IV 2 SET/3 FLAC.50 MG		
L01XX08	pentostatina	028645012	NIPENT*IV 1 FL 10 MG		
L01CX01	trabectedina	038165015	YONDELIS 1FL 0,25MG		530,00
L01CX01	trabectedina	038165027	YONDELIS 1 FL 1MG		1.994,00
L01BC07	azacitidina	038996017	VIDAZA SC 1FL 100MG 25 MG/ML		354,00
L01XC04	Alemtuzumab	035274024	MABCAMPATH 3 FL 1ML 30 mg/ml		1.208,93
L01XC04	Alemtuzumab	035274012	MABCAMPATH 3 FL 3ML 10 mg/ml		1.208,93
L01BB06	Clofarabina	037409012	EVOLTRA 4 FL 20 ML 1 mg/ml		6.700,00
L01AD05	Fotemustina	029376011	MUPHORAN 1 FL 208 MG		
L03AX16	Plerixafor	039587011	MOZOBIL SC 1FL 24mg 20mg/ml	5.649,44	6.215,00
L01XX41	Eribulina	041021015	HALAVEN IV 1FL 2 ml 0,44mg/ml	348,37	400,00
L03AX15	Mifamurtide	039549011	MEPACT 1 FL 4MG	2.889,78	3.301,00
L01XC10	Ofatumumab	039826033	ARZERRA 1FL 1000mg/50ml	1.286,09	2.411,00
L01XC10	Ofatumumab	039826019	ARZERRA 3FL 100mg/5ml	385,67	723,00

L01XC11	Ipilimumab	041275013	YERVOY 1 FL 10 ML 5mg/ml	2.684,94	4.250,00
L01XC11	Ipilimumab	041275025	YERVOY 1 FL 40 ML 5mg/ml	10.739,75	17.000,00
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01106010	ADCETRIS 50 MG 1 FL (<i>Millenium USA</i>)		
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01150010	ADCETRIS 1 FL 50 MG (<i>Takeda UK</i>)		
L01CD04	Cabazitaxel	041013018	JEVTANA IV 1 FL 1,5ML 60MG	3.176,80	4.400,00
L01XC09	Catumaxomab	039223019	REMOVAB 1 SIR 10MCG+1 CAN		500,00
L01XC09	Catumaxomab	039223021	REMOVAB 1 SIR 50 MCG+1CAN		2.500,00

Allegato C - prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 e dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003

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

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

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

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

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

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

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

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

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

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

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

- pazienti affetti da HIV: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC J05 Antivirali 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 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). DA ANNO COMPETENZA 2014

- 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)

Errori nelle righe/record (ERR05)

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

- 1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico
2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99
3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.
4= Valore di 'Importo totale' della riga 99 superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da 99 meno l'importo Ticket della riga 99 più Costo del servizio
5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)

Errori sulla quantità (ERR07)

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

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

Tracciato record File "F"
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

FILE F1 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacie	OBB V
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
81-96	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
97-112	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato 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	Campo vuoto	AN	1	Per usi futuri	
51-53	Campo vuoto	N	3		

54-55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Valori ammessi: 01: Non esente (assistito soggetto a ticket) 02: Esente per condizione 03: Esente per patologia 04: Esente per malattia rara 05: Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra 09: Ticket non previsto (per le regioni che non prevedono ticket a carico per i propri assistiti) 00: Altro	OBB
56-62	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo del ticket complessivo)	OBB V
63-71	Campo vuoto		9		
72	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune (o provincia per la DPC) di residenza assente o errato 2 = comune (o provincia per la DPC) di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 (con esclusione dei vaccini iposensibilizzanti, dei galenici ed ossigeno)	
76	ERR04 (da anno competenza 2014) Errore modalità erogazione	AN	1	Valorizzare sempre a 0. (dall'anno 2014) 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)	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' più il Costo del servizio 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
80	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0. 0 = nessun errore	
83-102	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo	OBB V
103-105	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'

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

TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO (FLUSSO G)

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

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

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

Il file contenente il tariffario dei Trasporti deve essere denominato:

GAAC.rrr

dove:

G Tipo file G = Tariffario Trasporti

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

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

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

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

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

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

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

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

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

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

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

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

Errori sulla tipologia di soccorso (ERR03)

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

Errori sulla chiave del record (ERR05).

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

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

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

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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

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

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

1= Importo totale non valorizzato come numerico

2= Importo ticket non valorizzato come numerico

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

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

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

Tracciato record File "G"
TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Codice struttura erogatrice	AN	8	Codice regionale struttura erogatrice	FAC
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
97-112	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122-127	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-146	Numero registro	AN	16		FAC
147-148	Tipologia tariffa	AN	2	Codice tipologia della tariffa 1=tariffa fissa, 2=tariffa a minuti, 3=tariffa a chilometri, 4=tariffa mista	OBB
149-156	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	OBB V
157	Tipologia di soccorso	AN	1	A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza	OBB V
158-164	Campo vuoto	AN	7		
165-167	Quantità	N	3	0 di default 1 = tariffa per singolo intervento 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'

Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP) Modalità di Compensazione Interregionale – Attività anno 2013

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

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

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

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

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

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

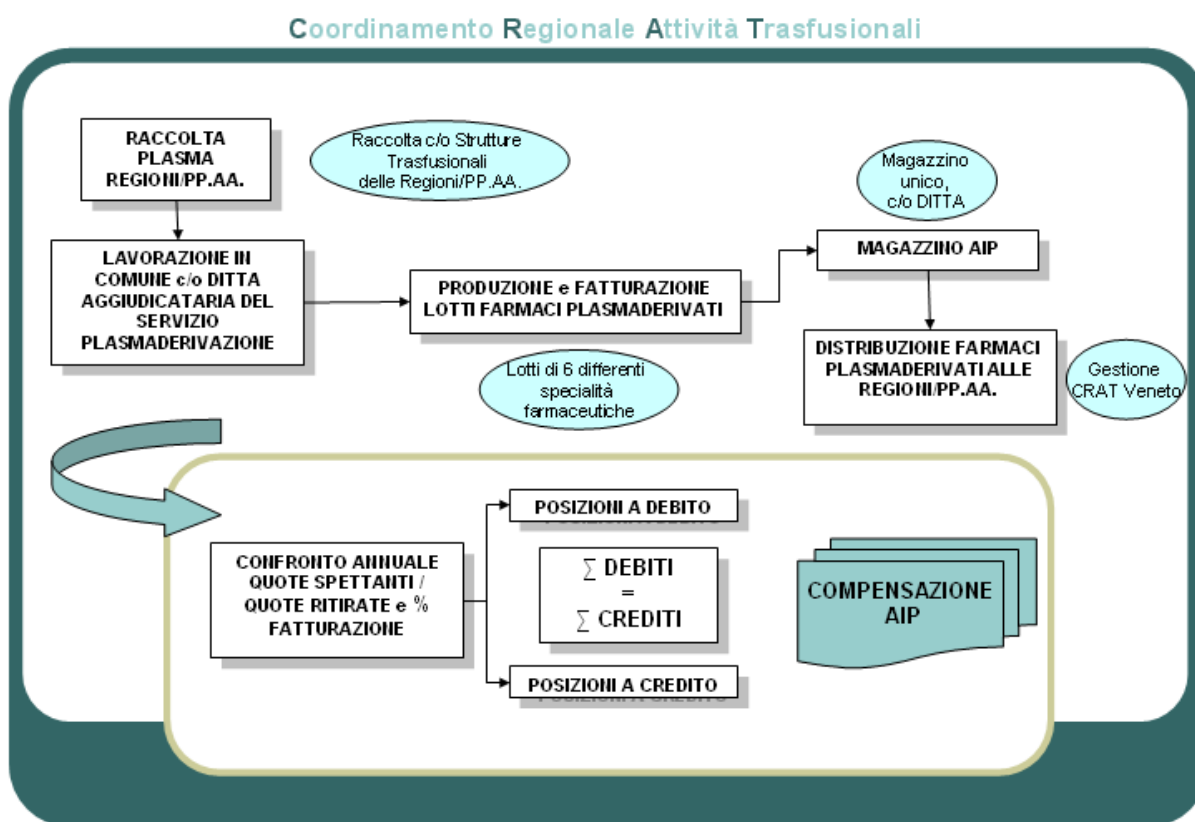
In particolare, la logica del meccanismo della compensazione interregionale prevede un periodico (anno solare) confronto tra i volumi di specialità farmaceutiche plasmaderivate di titolarità di ogni Regione/PP.AA. ed i volumi di ritiro di tali specialità farmaceutiche plasmaderivate rilevati nello stesso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

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

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

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

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



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

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

ATTIVITA' DI PLASMA DERIVAZIONE

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	0	
VALLE D'AOSTA		0																					0	0	0	
LOMBARDIA			0																				0	0	0	
P.A. BOLZANO				0																			0	0	0	
P.A. TRENTO					0																		0	0	0	
VENETO						0																	0	0	0	
FRIULI V. GIULIA							0																0	0	0	
LIGURIA								0															0	0	0	
EMILIA ROMAGNA									0														0	0	0	
TOSCANA										0													0	0	0	
UMBRIA											0												0	0	0	
MARCHE												0											0	0	0	
LAZIO													0										0	0	0	
ABRUZZO														0									0	0	0	
MOLISE															0								0	0	0	
CAMPANIA																0							0	0	0	
PUGLIA																	0						0	0	0	
BASILICATA																		0					0	0	0	
CALABRIA																			0				0	0	0	
SICILIA																				0			0	0	0	
SARDEGNA																					0		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 Modalità di Compensazione Interregionale – Attività anno 2013

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

Il Direttore del Centro Nazionale Sangue con nota CNS dell' 8/02/2008 prot. n. 000102, indirizzata al Coordinamento Interregionale della Mobilità Sanitaria e al Coordinatore della Commissione Salute, avente come oggetto "utilizzo della Mobilità Sanitaria ai fini della compensazione interregionale per la cessione di sangue e farmaci emoderivati" auspica "che possano essere rapidamente trovate, all'interno del percorso della Mobilità Sanitaria, le modalità tecniche per le compensazioni tra Regioni sia per gli scambi di sangue che di farmaci emoderivati".

Nella riunione del Gruppo tecnico² dei referenti della Mobilità Sanitaria interregionale delle Regioni e Province Autonome del 29/10/2009 il Gruppo stesso ha recepito quanto stabilito dalla Commissione Salute in data 27/09/06 stabilendo che "le nuove modalità di compensazione dovranno essere applicate a partire dall'attività dell'anno 2010".

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

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

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

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

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

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

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

Gli scambi di emocomponenti oggetto di valorizzazione economica sono relativi ai prodotti previsti dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003⁴ e alle relative tariffe. La regolazione economica per qualsiasi altro prodotto o prestazione trasfusionale scambiata tra Regioni e Province Autonome, non ricompresi nell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003, dovrà seguire, al momento, le modalità in essere. Rispetto all'Allegato 1 dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 sono stati esclusi 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 in caso di cessione tra Regioni e Province Autonome è già stata prevista con altro accordo. Nel caso di donatori consanguinei o di donazione autologa permangono le modalità in essere. E' ragionevole ipotizzare che nel prossimo accordo che andrà a ridefinire le nuove tariffe per lo scambio di sangue ed emocomponenti tra Regioni e Province Autonome sarà adottata una tassonomia coerente con SISTRA, con ciò rendendo semplice, completa ed automatica l'alimentazione dei report e la relativa contabilizzazione.

Regole di applicazione

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

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

- 1. La regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice) dovrà comunicare, per il tramite della propria Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), entro il 30esimo giorno successivo alla fine di ogni trimestre, attraverso l'apposita funzione di SISTRA, le cessioni di unità di emocomponenti ad altre regioni;**
- 2. la regione che riceve le unità di emocomponenti (regione debitrice) dovrà comunicare, per il tramite della propria Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (Centro Regionale Sangue o altra denominazione), attraverso l'apposita funzione di SISTRA, l'accettazione o la contestazione degli importi in addebito entro 60 giorni dall'inserimento degli stessi nel SISTRA da parte della regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice);**
- 3. nel caso in cui la regione che riceve le unità di emocomponenti (regione debitrice) non comunichi l'accettazione degli addebiti né eventuali contestazioni entro il suddetto termine, gli addebiti saranno automaticamente imputati alla stessa;**

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

- 4. in caso di contestazione, la regione che cede le unità di emocomponenti (regione creditrice) potrà procedere alla eventuale modifica dei dati entro 30 giorni dall'inserimento della contestazione in SISTRA;**
- 5. Il CNS, entro il 15 maggio dell'anno successivo all'anno di compensazione, consolida gli scambi avvenuti, genera la rendicontazione annuale dei saldi attivi e passivi per ciascuna Regione e Provincia Autonoma (vedi figura n.1) e provvede a trasmetterla ai referenti della mobilità sanitaria di ciascuna Regione e P.A. e al coordinamento.**

Tenuto conto che la verifica di merito dei conteggi relativi alle posizioni debitorie e creditorie avviene per il tramite dei Responsabili delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, la funzione di validazione di ciascuna Regione debitrice/creditrice in fase degli addebiti di mobilità dovrà essere una mera verifica della correttezza degli importi.

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

Figura 1 – Matrice rendicontazione economica

Struttura dati Cessione di emocomponenti

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

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

⁵ Da valorizzare per ogni cessione avvenuta

<i>Identificazione degli emocomponenti ceduti</i> ⁶	<i>Codice emocomponente</i>	<i>N</i>	<i>2</i>	<i>Codice a norma UNI dell'emocomponente scambiato.</i>	<i>Valori di riferimento riportati nell'allegato B. (Campo obbligatorio)</i>
	Tipo operazione	AN	1	Campo utilizzato per identificare il tipo di operazione da effettuare sui dati dell'emocomponente della spedizione	"I" = inserimento informazioni nuovo emocomponente "V" = variazione informazioni emocomponente già trasmesse "C" = cancellazione informazioni emocomponente già trasmesse <i>(Campo Obbligatorio)</i>
<i>Identificazione delle unità cedute per emocomponente</i> ⁸	Codice unità	AN	15	Codice identificativo a norma UNI della unità di emocomponente.	<i>(Campo obbligatorio)</i>
	Gruppo AB0	N	4	Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno AB0	Valori di riferimento riportati nell'allegato C. <i>(Campo obbligatorio)</i>
	Tipo Rh	N	4	Codice identificativo a norma UNI del gruppo sanguigno AB0	Valori di riferimento riportati nell'allegato D. <i>(Campo obbligatorio)</i>
<i>Trattamenti o maggiorazioni per ogni unità ceduta</i>	Codice maggiorazione	AN	5	Codici delle eventuali maggiorazioni da applicare all'unità di emocomponente	Valori di riferimento riportati nell'allegato E. <i>(Campo facoltativo)</i>

⁶ Da valorizzare per ogni emocomponente ceduto

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

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

⁷ Da valorizzare per ogni cessione avvenuta

<i>Identificazione degli emocomponenti ceduti</i> ⁸	<i>Codice emocomponente</i>	<i>N</i>	<i>2</i>	<i>Codice a norma UNI dell'emocomponente scambiato.</i>	<i>Valori di riferimento riportati nell'allegato B. (Campo obbligatorio)</i>
	<i>Tipo operazione</i>	<i>AN</i>	<i>1</i>	<i>Campo utilizzato per identificare il tipo di operazione da effettuare sui dati dell'emocomponente della spedizione</i>	<i>"I" = inserimento informazioni nuovo emocomponente "V" = variazione informazioni emocomponente già trasmesse "C" = cancellazione informazioni emocomponente già trasmesse (Campo Obbligatorio)</i>
	<i>Numero unità</i>	<i>N</i>	<i>6</i>	<i>Numero delle unità di emocomponente oggetto della cessione.</i>	<i>(Campo obbligatorio)</i>
<i>Maggiorazioni per emocomponente</i>	<i>Codice maggiorazione</i>	<i>AN</i>	<i>5</i>	<i>Codice dell'eventuale maggiorazioni da applicare all'emocomponente</i>	<i>Valori di riferimento riportati nell'allegato E. (Campo facoltativo)</i>
	<i>Numero</i>	<i>N</i>	<i>6</i>	<i>Numero delle unità di emocomponente alle quali è stata applicata la maggiorazione</i>	<i>(Campo obbligatorio se indicato un codice maggiorazione)</i>

⁸ Da valorizzare per ogni emocomponente ceduto

Allegato A

Valori da assegnare al campo "Regione addebitante"

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

Allegato B

Valori da assegnare al campo "Codice emocomponente"

Codice SISTRA	Descrizione	Corrispondenza con DM 5 novembre 2006 e accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003	
		Codice Accordo Mobilità sanitaria	Descrizione
2	Emazie concentrate	99736	Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%)
3	Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	99736 + 99716	Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%) + Rimozione del buffy-coat per unità
25	Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	99736 + 99754	Concentrato eritrocitario (280 ml +/-20%) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
32	Emazie da aferesi	99737	Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente
67	Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	99737 + 99754	Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
5	Plasma da aferesi	99738	Unità di plasma da aferesi (non inferiore a 500 ml)
6	Plasma da aferesi multipla	99745	Unità di plasma da prelievo multicomponente (non inf. a 300 ml)
7	Plasma fresco congelato da sangue intero	99739	Plasma fresco congelato entro 6 ore dal prelievo (280 ml +/-20%)
12	Piastrine da piastrinoafèresi	99742	Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 alla 11°)
13	Piastrine da aferesi multipla	99743	Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°)
43	Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	99743 + 99754	Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
68	Piastrine da piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage	99742 + 99754	Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
69	Piastrine da plasma piastrinoafèresi leucodeplete pre-storage	99743 + 99754	Concentrato piastrinico da multicomponente (2*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
19	Piastrine da pool di buffy-coat	99744	Concentrato piastrinico da pool di buffy-coat (2,5*10 alla 11°)
10	Concentrato piastrinico da PRP (singola unità)	99741	Concentrato piastrinico da singola unità (0,6*10 alla 11°)
58	Concentrato piastrinico da singola unità leucodepleto pre-storage	99741 + 99754	Concentrato piastrinico da singola unità (0,6*10 alla 11°) + Deleucocitazione mediante filtrazione in linea
16	Concentrato granulocitario da aferesi	99746	Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 alla 10°)
17	Linfociti da aferesi	99746	Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 alla 10°)
14	Crioprecipitato	99717	Crioprecipitato (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI)
99	Donazione di sangue per autotrasfusione ⁹	99733	Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità

⁹ La tariffa è omnicomprensiva per tutti i costi sostenuti per l'autodonazione da parte del Servizio Trasfusionale presso il quale viene effettuata la procedura (visita medica, dispositivi, materiali di consumo, esami di laboratorio, etc.).

Allegato C
Valori da assegnare al campo
"Gruppo AB0"

Codice	AB0
0101	0
0102	A
0110	B
0114	AB

Allegato D
Valori da assegnare al campo "Tipo
Rh"

Codice	Tipo Rh
0201	POS
0202	NEG

Allegato E
Valori da assegnare al campo "Maggiorazioni"

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

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

Allegato F

Prezzo unitario del sangue e degli emocomponenti negli scambi interregionali tra Servizi sanitari pubblici

Conferenza Stato Regioni Seduta del 24 luglio 2003 - Repertorio Atti n. 1806 del 24 luglio 2003 – Allegato 1

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

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

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

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2013 secondo CMS-DRG Versione 24

Premessa

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nella seduta del 29 maggio 2014 ha stabilito che **per gli addebiti di mobilità dell'anno 2013 sono confermati i criteri e le tariffe dell'anno 2012.**

Pertanto la valorizzazione dell'attività di ricovero per l'anno 2013 verrà effettuata con le stesse tariffe dell'anno 2012; si ricorda che per l'anno 2012 l'attività di ricovero è stata valorizzata con le stesse tariffe dell'anno 2011.

Di seguito viene riportato il rationale del lavoro di aggiornamento fatto per il 2011, già presente nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria anno 2011.

Le modifiche apportate alla TUC 2011 riguardano i DRG di alta specialità e l'individuazione di ulteriori strutture pediatriche da remunerare con le tariffe degli istituti pediatrici monospecialistici. Inoltre, per il trattamento in degenza breve o DH di "litotripsia per la calcolosi urinaria" DRG 323, essendo secondo il Patto per la Salute 3/12/2009 procedura effettuabili ambulatorialmente, subirà un allineamento tariffario equiparabile alla tariffa ambulatoriale.

Criteri adottati

Il lavoro ha riguardato 82 DRG di alta specialità presenti nella TUC 2010.

Mettendo a confronto i tariffari regionali si è calcolato il coefficiente di variazione: per valori del coefficiente minori di 0,30 le differenze tra i tariffari non sono significative e quindi si può assumere il valore della media.

La TUC 2010 si posiziona sia al di sotto che al di sopra della media, e quindi la TUC 2011 può assumere il valore della media, sia in aumento sia in diminuzione.

Per valori del coefficiente di variazione maggiori di 0,30 le variazioni sono significative e quindi meritano di essere puntualmente analizzate – si tratta dei DRG 49,191, 192, 353, 386, 405, 531, 546, 578, ma al fine procedere alla rimodulazione tariffaria, si sono eliminati i valori tariffari massimi correggendo così il coefficiente stesso

Per rimodulare la tariffa si è adottato il seguente criterio: quando la differenza tra la media e la TUC 2010 è inferiore al 10% si assume come valore TUC 2011 la media stessa; per scostamenti superiori al 10% si assume come cut-off il 10% - al valore della TUC 2010 si aggiunge o si toglie il 10% del suo valore.

Sono stati esclusi da questa rimodulazione i DRG dei trapianti, i DRG con casistica in mobilità inferiore ai 200 ricoveri, e i DRG 515 e 532 già rimodulati con la TUC 2010.

Risultati

33 DRG invariati

22 DRG rimodulati al ribasso rispetto alla media dei tariffari

27 DRG rimodulati al rialzo rispetto alla media dei tariffari

La classificazione dei 538 DRG previsti nella CMS-DRG Versione 24 secondo i 3 raggruppamenti contemplati dalla Tariffa Unica Convenzionale prevede:

Alta complessità (84-DRG)

Potenzialmente inappropriati (108-DRG)

Restanti DRG (346-DRG)

Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Ciascuna Regione potrà scegliere le tariffe da utilizzare per gli addebiti alla P.A. di Bolzano, la TUC o le proprie tariffe regionali.

La TUC non viene applicata all'attività delle strutture ACISMOM, per le quali verranno invece utilizzate le tariffe regionali.

In tutti i casi sopra indicati in cui non viene applicata la TUC, la Regione creditrice dovrà trasmettere alla Regione debitrice, all'atto dell'invio dei dati di attività, le tariffe utilizzate in formato elettronico e le modalità di calcolo adottate per la determinazione degli importi.

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*

*Come deciso dalla Commissione Salute del 26/10/2011 che prevedeva la possibilità di integrare l'elenco sulla base delle eventuali comunicazioni effettuate dalle regioni, la Regione Toscana con nota Prot. 0050619/A.60 del 20/02/2012 inviata al Coordinamento della Commissione Salute ha richiesto di estendere a tale struttura il riconoscimento dell'incremento tariffario in quanto struttura che svolge attività monospecialistica nel settore della cardiologia e della cardiochirurgia pediatrica.

Per tali Istituti si applicano le seguenti regole:

per i DRG appartenenti all'alta complessità è previsto un incremento del 5%;
per i restanti DRG è previsto un aumento del 15%.

Per l'Istituto Gaslini va aggiunto l'incremento del +7% previsto per le Aziende miste. Si sottolinea che l'applicazione dei diversi incrementi vanno considerati come somma delle % (ad esempio nel caso del Gaslini nel caso dei DRG di alta complessità $5+7=12\%$)

Alta complessità $5+7=12\%$

Gli altri $15+7=22\%$

L'ulteriore incremento del 7%, applicato con lo stesso algoritmo indicato per il Gaslini, 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.

- **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**

** Come deciso dalla Commissione Salute del 26/10/2011 che prevedeva la possibilità di integrare l'elenco sulla base delle eventuali comunicazioni effettuate dalle regioni, la Regione Lazio con nota Prot. n. 41477/DB/07/10 del 02/03/2012 inviata al Coordinamento della Commissione Salute ha richiesto l'inserimento di tale struttura tra gli ospedali assimilabili pediatrici monospecialistici.

Pertanto, 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 5%;
per i restanti DRG è previsto un aumento del 15%, esclusi i 108 DRG potenzialmente inappropriati Allegato B - Patto per la Salute 3 dicembre 2009.

- **Ospedale Pediatrico Bambino Gesù**

La Commissione Salute del 27/10/2010 ha approvato la proposta relativa alla remunerazione delle prestazioni di ricovero dell'OPBG definita nella Conferenza dei Servizi istituita in applicazione della Legge 18 maggio 1995, n.187, composta da Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e Regione Lazio nella seduta del 27 luglio 2010.

Inoltre, la Commissione Salute del 22/02/2012 ha accolto la richiesta dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di poter applicare alla propria attività di ricovero la TUC relativa all'anno precedente a quello di riferimento, prendendo atto che si tratta di una esigenza contabile dell'Ente ed è indipendente dalla maggiore o minore convenienza di un sistema tariffario rispetto all'altro. Pertanto la TUC da applicare all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per l'attività dell'anno 2013 è quella dell'anno 2012, la quale, in base a quanto indicato in premessa, è quella dell'anno 2011.

La nuova modalità di remunerazione si basa sul riconoscimento di incrementi tariffari da applicare alla TUC in vigore per gli Ospedali generali secondo il seguente schema:

- 1) incremento del 5% sui DRG di alta complessità e del 15% sui restanti DRG, in analogia a quanto riconosciuto all'Ospedale Pediatrico Gaslini;
- 2) incremento del 30%, in analogia a quanto riconosciuto all'Ospedale Rizzoli, 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 5% e del 15% previsti al punto 1).

- 3) Incremento del 7% previsto per le Aziende miste in quanto IRCCS monospecialistico presso il quale sono svolti in forma esclusiva insegnamenti del triennio clinico di pediatria di formazione della facoltà di medicina e chirurgia sulla base di una Convenzione con l'Università di Tor Vergata.

Si precisa che, come previsto per il Gaslini e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'applicazione dei diversi incrementi va considerata come somma delle % (ad esempio nel caso dei DRG di alta complessità previsti al punto 1) $5+7=12\%$, nel caso dei ricoveri previsti al punto 2) $30+7=37\%$).

- 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, sulle giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/undodegenza; gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi** (prelievo di organi, protesi, ecc.) **non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario** -ad esempio, per le cellule staminali limbari (DRG 42 con diagnosi principale=370.62 e diagnosi secondaria=V42.9, e con intervento principale=11.59 e intervento secondario=11.99) si applica l'incremento del 7% alla tariffa di € 2.544,31, poi si aggiungono € 12.290,15 per la fornitura delle cellule -.

L'incremento tariffario del 7% si applica anche alle tariffe specifiche dei trapianti.

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 nella TUC. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi, inclusi quelli del 7% delle Aziende miste e del 30% dell'Istituto Rizzoli.

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 € 22.366,28**

✓ **Stimolatore cerebrale**

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

✓ **Ombrello atriale settale**

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

*****Revisione di sostituzione dell’anca o del ginocchio (DRG 545)**

La tariffa DRG specifica è già omnicomprensiva della quota di € 1.343,25 per la revisione di sostituzione.

✓ **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 € **15.377,04**

✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

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

✓ **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 € **2.544,31** alla quale deve essere sommato l’importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva di € 12.290,15**)

✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico**

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

✓ **Protesi dell’aorta addominale**

(codice intervento 39.71) ; **tariffa aggiuntiva € 3.528**

✓ **Protesi dell’aorta toracica**

(codice intervento 39.73) ; **tariffa aggiuntiva € 5.544**

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 € **7.750,03**

✓ **Ciber knife**

(codice intervento 92.31) **tariffa per caso trattato** pari a € **7.688,52**

✓ **Interventi per obesità**

(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 **tariffa per caso trattato** pari a € **4.093,38**

✓ **Neurostimolatore spinale**

(codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98)
tariffa per caso trattato pari a € **9.245,38**

✓ **Brachiterapia**

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

✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**

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

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

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

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

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

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

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:

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

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

DRG 409 (Radioterapia) e 410 (Chemioterapia)

Per i suddetti DRG, definiti secondo quanto riportato nel Patto per la Salute 3/12/2009, potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario, seguiranno la seguente regola di tariffazione:

✓ **Regime di day hospital**

Le relative tariffe previste dal tariffario DRG sono da intendersi **per accesso**.

✓ **Radioterapia DRG 409**

La tariffa per ricoveri in **regime ordinario di più di 1 giorno** attribuiti al DRG 409, in assenza di terapia con iodio e radiometaboliche individuata dai codici procedura 92.28 o 92.29 , viene abbattuta del 10%. Nel tariffario è riportata la tariffa piena.

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).

Questa regola vale anche nel caso dei trapianti sia individuati da un DRG specifico che da un codice di intervento.

•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)
- i DRG medici definiti "potenzialmente inappropriati" (**esclusi i DRG 409 e 410**) e attribuiti a pazienti con età >14 anni (tariffa DRG specifica a caso trattato) .

•TARIFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.

Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61°giorno è abbattuta del 40 %.

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.

•PSICHIATRIA

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

ATTIVITA' DI PRELIEVO 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 DRGs 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.

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione di quei trapianti per i quali è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG è riportata nel tariffario allegato

TRAPIANTO DI CORNEA

Il DRG 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)

Tariffa specifica € 2.544,31

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Se è presente il codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83

Tariffa specifica € 246.631,03

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Codice di intervento 46.97

Tariffa specifica € 171.054,94

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO

Interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293

Tariffa specifica € 61.450,75

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono incrementate secondo le regole su indicate .

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

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente. La presente regolamentazione riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria ed è valida per l'attività dell'anno 2006. Per le attività dell'anno 2007 (1° febbraio) vengono introdotte regole differenti solo per le ricerche ed i prelievi su donatori non consanguinei. Per i donatori consanguinei restano in vigore le regole descritte.

Ricerca del donatore

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

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

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09 ; la tariffa è di Euro 37.495,37. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 86.447,67.

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti 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.

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

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

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

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

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

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

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

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

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

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

Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera"

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

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

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; la tariffa è di Euro 37.495,37. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 86.447,67.

Prelievo di CSE midollari

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

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

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

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

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



(decorrenza: 1 LUGLIO 2010).

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

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

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

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

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

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 24°anno 2013**

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	12.241,20	2.474,96	2.474,96	5.499,99	53	337,66	4,1798
Alta complessità	1	C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	9.951,30	2.011,94	2.011,94	4.176,37	34	256,39	3,1739
Alta complessità	1	C	003	Craniotomia, età < 18 anni	10.289,90	2.075,27	2.075,27	4.094,56	40	315,21	2,3194
Potenzialmente inappropriato	1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	650,00	650,00	650,00	907,87	4	289,40	0,7369
Alta complessità	1	C	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.347,28	1.394,68	1.394,68	2.760,53	39	216,24	2,3427
Potenzialmente inappropriato	1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.483,00	2.308,27	2.308,27	2.308,27	10	178,04	1,5811
	1	M	009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	4.681,95	228,94	228,94	457,87	24	238,29	1,2757
	1	M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.362,35	295,31	295,31	590,63	33	254,97	1,3787
	1	M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	2.853,98	276,47	276,47	552,95	32	232,91	1,0329
	1	M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.570,45	193,65	193,65	387,29	23	208,16	0,9103
Potenzialmente inappropriato	1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.649,56	190,63	190,63	381,27	17	211,40	0,7921
	1	M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.560,63	204,08	204,08	408,16	30	209,36	1,2605
	1	M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.381,72	211,79	211,79	423,58	23	225,31	0,8996
	1	M	016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	3.279,09	210,42	210,42	420,84	24	215,69	1,2715
	1	M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.353,46	185,47	185,47	370,94	17	138,77	0,8471
	1	M	018	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	2.711,06	206,13	206,13	412,25	24	212,47	1,0912

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	1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.314,10	199,24	199,24	398,48	20	158,68	0,7168
	1	M	021	Meningite virale	2.688,92	203,11	203,11	406,22	22	147,37	0,7956
	1	M	022	Encefalopatia ipertensiva	2.967,37	209,56	209,56	419,13	14	225,38	0,9386
	1	M	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.448,88	194,93	194,93	389,85	27	178,04	0,8025
	1	M	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.530,33	253,03	253,03	506,06	10	271,64	0,4853
	1	M	027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	3.997,03	263,78	263,78	527,57	28	254,43	1,5179
	1	M	028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.730,02	257,33	257,33	514,66	27	264,12	1,3120
	1	M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	1.903,87	222,48	222,48	444,95	18	230,76	0,8898
	1	M	030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.247,29	305,10	305,10	610,20	4	305,00	0,4185
	1	M	031	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	1.852,20	354,16	354,16	708,32	17	339,41	1,1124
	1	M	032	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.240,90	302,09	302,09	604,18	10	177,51	0,7013
	1	M	033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	980,28	350,71	350,71	701,43	4	351,25	0,4028
	1	M	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.210,08	183,98	183,98	367,96	31	188,75	1,1364
	1	M	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	1.922,83	110,20	110,20	220,41	21	113,06	0,6807
Potenzialmente inappropriato	2	C	036	Interventi sulla retina	2.477,00	2.368,94	2.368,94	2.368,94	10	192,57	0,8348
	2	C	037	Interventi sull'orbita	3.505,01	2.804,00	2.804,00	2.804,00	17	251,74	1,4700
Potenzialmente inappropriato	2	C	038	Interventi primari sull'iride	1.693,00	1.630,51	1.630,51	1.630,51	10	232,36	0,8505
Potenzialmente inappropriato	2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	900,00	900,00	900,00	1.133,75	4	253,35	0,4834
Potenzialmente inappropriato	2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.164,84	1.164,84	1.164,84	1.164,84	7	272,17	0,8800

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	2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.081,47	1.081,47	1.081,47	1.081,47	4	273,26	0,5851
Potenzialmente inappropriato	2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.908,22	1.908,22	1.908,22	1.908,22	10	204,40	0,8445
	2	M	043	lfema	1.031,94	200,95	200,95	401,91	10	185,57	0,4338
	2	M	044	Infezioni acute maggiori dell'occhio	2.111,90	204,83	204,83	409,65	20	158,14	0,6302
	2	M	045	Malattie neurologiche dell'occhio	1.984,79	247,86	247,86	495,71	17	257,11	0,7576
	2	M	046	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.075,89	239,26	239,26	478,52	24	252,27	0,8331
Potenzialmente inappropriato	2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.099,18	222,04	222,04	444,08	14	234,52	0,5865
	2	M	048	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.450,31	264,65	264,65	529,30	10	293,69	0,4041
Alta complessità	3	C	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.813,47	2.024,98	2.024,98	4.133,28	35	203,32	2,0117
	3	C	050	Sialoadenectomia	2.813,80	2.251,04	2.251,04	2.251,04	11	232,36	1,2243
Potenzialmente inappropriato	3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	2.064,00	1.973,05	1.973,05	1.973,05	10	229,68	1,0207
	3	C	052	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.480,83	1.984,66	1.984,66	1.984,66	14	220,01	1,0245
	3	C	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.329,14	1.863,31	1.863,31	1.863,31	7	203,32	0,9386
	3	C	054	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.177,45	1.741,96	1.741,96	1.741,96	10	166,75	1,0271
Potenzialmente inappropriato	3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.560,88	1.560,88	1.560,88	1.560,88	4	229,68	0,8198
	3	C	056	Rinoplastica	1.833,19	1.466,55	1.466,55	1.466,55	7	219,46	0,9354
	3	C	057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	1.543,80	1.235,03	1.235,03	1.235,03	7	195,80	0,5965
	3	C	058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.459,89	1.167,90	1.167,90	1.167,90	4	262,49	0,5327
Potenzialmente inappropriato	3	C	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	884,00	849,02	849,02	849,02	7	185,04	0,5892

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	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	591,00	562,43	562,43	562,43	4	236,14	0,3999
Potenzialmente inappropriato	3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.993,00	1.967,88	1.967,88	1.967,88	7	378,69	1,1514
Potenzialmente inappropriato	3	C	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.167,00	1.124,86	1.124,86	1.124,86	4	307,14	0,5501
	3	C	063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.386,68	2.709,33	2.709,33	2.709,33	13	211,93	1,4586
	3	M	064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.116,42	295,31	295,31	590,63	28	237,75	1,1392
Potenzialmente inappropriato	3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	1.175,34	204,39	204,39	408,78	13	222,14	0,5827
	3	M	066	Epistassi	1.424,24	229,78	229,78	459,57	13	176,43	0,5555
	3	M	067	Epiglottite	1.587,02	298,64	298,64	597,28	10	272,17	0,5478
	3	M	068	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	2.093,54	224,20	224,20	448,40	16	252,81	0,6264
	3	M	069	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.495,82	200,52	200,52	401,04	10	219,46	0,4364
Potenzialmente inappropriato	3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	844,30	219,89	219,89	439,77	7	194,18	0,3156
	3	M	071	Laringotracheite	1.479,57	216,02	216,02	432,05	10	258,19	0,2391
	3	M	072	Traumatismi e deformità del naso	1.746,58	308,53	308,53	617,06	10	296,92	0,6547
Potenzialmente inappropriato	3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.249,49	259,05	259,05	518,09	13	268,94	0,6101
Potenzialmente inappropriato	3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	854,54	302,09	302,09	604,18	7	286,17	0,3479
Alta complessità	4	C	075	Interventi maggiori sul torace	9.015,11	2.136,01	2.136,01	3.981,58	28	229,15	2,3960
Alta complessità	4	C	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	8.015,50	1.270,18	1.270,18	2.521,71	44	222,69	2,4914
	4	C	077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.792,27	2.233,82	2.233,82	2.233,82	31	212,47	1,4990
	4	M	078	Embolia polmonare	3.804,09	204,39	204,39	408,78	31	213,00	1,3409

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	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.907,78	193,66	193,66	387,31	40	210,86	1,7612
	4	M	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.054,96	168,69	168,69	337,38	44	193,64	1,2661
	4	M	081	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	3.823,28	271,97	271,97	543,94	27	302,83	2,1163
	4	M	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.374,74	215,16	215,16	430,32	34	174,82	1,3292
	4	M	083	Traumi maggiori del torace con CC	2.140,72	237,97	237,97	475,94	20	235,60	0,8415
	4	M	084	Traumi maggiori del torace senza CC	1.301,71	221,19	221,19	442,37	10	227,54	0,5879
	4	M	085	Versamento pleurico con CC	3.869,47	208,71	208,71	417,41	30	237,75	1,3703
	4	M	086	Versamento pleurico senza CC	3.402,18	202,68	202,68	405,36	30	145,23	1,0366
	4	M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.800,48	225,49	225,49	450,98	27	223,77	1,2243
Potenzialmente inappropriato	4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.682,96	170,84	170,84	341,67	21	188,25	0,8209
	4	M	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.307,06	200,10	200,10	400,20	28	219,46	1,1394
	4	M	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.206,71	161,37	161,37	322,74	24	129,63	0,7579
	4	M	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.724,17	201,82	201,82	403,64	14	231,83	0,4735
	4	M	092	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.160,72	192,35	192,35	384,69	27	210,32	1,2842
	4	M	093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.765,73	183,31	183,31	366,63	23	204,40	0,9037
	4	M	094	Pneumotorace con CC	3.797,69	212,14	212,14	424,29	27	227,54	1,2102
	4	M	095	Pneumotorace senza CC	1.996,68	179,44	179,44	358,89	17	192,57	0,6905
	4	M	096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	1.978,22	185,03	185,03	370,06	18	199,56	0,8033
	4	M	097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.553,05	163,95	163,95	327,90	17	135,55	0,5563
	4	M	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.361,61	210,42	210,42	420,84	10	242,05	0,3816
	4	M	099	Segni e sintomi respiratori con CC	2.146,04	182,03	182,03	364,07	27	119,94	0,8876

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	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.592,21	169,11	169,11	338,22	14	112,41	0,4835
	4	M	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.496,32	231,52	231,52	463,03	24	244,21	0,9305
	4	M	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.498,82	214,72	214,72	429,45	13	232,91	0,6018
Alta complessità	Pre	C	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.601,67	-	-	-	91	602,45	14,5725
Alta complessità	5	C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	22.994,87	13.074,98	13.074,98	12.545,33	35	702,51	6,0620
Alta complessità	5	C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	18.544,39	7.880,61	7.880,61	14.902,98	28	322,00	4,5572
Alta complessità	5	C	106	Bypass coronarico con PTCA	22.380,90	17.904,71	17.904,71	17.904,71	39	681,53	5,4736
Alta complessità	5	C	108	Altri interventi cardiotoracici	14.296,74	4.678,44	4.678,44	8.519,41	37	388,90	4,1166
Alta complessità	5	C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	12.447,83	3.121,51	3.121,51	5.856,76	33	294,77	3,3918
Alta complessità	5	C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	7.708,02	2.165,88	2.165,88	4.023,53	24	240,98	2,5742
	5	C	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	9.842,67	7.874,13	7.874,13	7.874,13	57	223,22	3,1389
	5	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.710,96	5.368,76	5.368,76	5.368,76	45	245,83	1,8488
	5	C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5.074,63	4.059,70	4.059,70	4.059,70	17	310,92	1,0645
	5	C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	6.723,86	5.379,08	5.379,08	5.379,08	7	270,57	1,0532
Potenzialmente inappropriato	5	C	119	Legatura e stripping di vene	1.483,01	1.483,01	1.483,01	1.483,01	4	254,97	0,7350
	5	C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.901,38	5.521,10	5.521,10	5.521,10	37	325,43	2,0581
	5	M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.323,49	246,14	246,14	492,29	21	247,43	1,5817
	5	M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.443,34	244,00	244,00	487,99	17	244,21	1,2157
	5	M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	3.108,19	362,77	362,77	725,54	23	317,89	1,3033

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	M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.771,82	3.017,45	3.017,45	3.017,45	21	376,00	1,1950
	5	M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1.809,53	1.447,62	1.447,62	1.447,62	7	256,57	0,7002
	5	M	126	Endocardite acuta e subacuta	7.399,70	218,60	218,60	437,21	74	233,98	3,7891
	5	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	2.736,93	198,37	198,37	396,75	21	207,08	1,0270
	5	M	128	Tromboflebite delle vene profonde	2.328,18	176,01	176,01	352,01	21	191,49	0,7518
	5	M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	3.577,29	275,84	275,84	551,68	32	209,24	1,3124
	5	M	130	Malattie vascolari periferiche con CC	2.936,97	207,84	207,84	415,68	23	222,69	1,0117
Potenzialmente inappropriato	5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.330,96	188,48	188,48	376,95	21	206,02	0,5993
	5	M	132	Aterosclerosi con CC	2.525,58	207,42	207,42	414,83	20	157,60	0,8086
Potenzialmente inappropriato	5	M	133	Aterosclerosi senza CC	1.172,41	192,35	192,35	384,69	17	144,69	0,6284
Potenzialmente inappropriato	5	M	134	Ipertensione	1.049,74	195,37	195,37	390,74	17	154,38	0,6701
	5	M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.693,50	220,32	220,32	440,64	24	222,14	0,9689
	5	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	1.845,35	198,81	198,81	397,62	17	218,92	0,6748
	5	M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	2.833,85	386,86	386,86	773,72	10	370,61	0,8484
	5	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.861,29	267,65	267,65	535,31	17	289,40	0,8028
Potenzialmente inappropriato	5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.173,96	203,11	203,11	406,22	10	217,85	0,5223
	5	M	140	Angina pectoris	1.929,47	205,26	205,26	410,52	14	220,01	0,6197
	5	M	141	Sincope e collasso con CC	2.139,34	219,46	219,46	438,92	20	163,52	0,7693
Potenzialmente inappropriato	5	M	142	Sincope e collasso senza CC	1.108,56	202,25	202,25	404,49	13	148,99	0,5969

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	M	143	Dolore toracico	1.870,19	318,43	318,43	636,85	10	352,86	0,4879
	5	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.286,41	239,26	239,26	478,52	23	244,74	1,1779
	5	M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.237,27	210,00	210,00	419,99	21	227,54	0,6869
Alta complessità	6	C	146	Resezione rettale con CC	9.959,37	1.993,38	1.993,38	3.832,03	45	223,22	2,9562
Alta complessità	6	C	147	Resezione rettale senza CC	6.701,22	1.517,02	1.517,02	3.027,35	37	204,40	2,1564
Alta complessità	6	C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.932,25	1.362,29	1.362,29	2.703,56	28	154,91	1,9057
	6	C	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	5.775,53	4.620,42	4.620,42	4.620,42	30	253,88	2,3632
	6	C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	3.101,59	2.481,27	2.481,27	2.481,27	17	196,34	1,5241
	6	C	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.186,51	4.149,21	4.149,21	4.149,21	33	217,30	1,9591
	6	C	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.636,80	2.909,43	2.909,43	2.909,43	20	208,16	1,3960
	6	C	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	5.095,07	4.076,05	4.076,05	4.076,05	34	193,64	2,1457
Alta complessità	6	C	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.376,19	1.155,43	1.155,43	2.310,86	24	250,13	1,2426
	6	C	157	Interventi su ano e stoma con CC	3.597,53	2.878,02	2.878,02	2.878,02	21	227,54	1,1158
Potenzialmente inappropriato	6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	1.382,16	1.382,16	1.382,16	1.382,16	10	224,83	0,6093
	6	C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	5.103,14	4.082,51	4.082,51	4.082,51	27	204,95	1,4492
Potenzialmente inappropriato	6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.867,49	1.867,49	1.867,49	1.867,49	13	201,18	1,0953
	6	C	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	2.976,25	2.381,00	2.381,00	2.381,00	13	239,37	0,9993
Potenzialmente inappropriato	6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.445,91	1.445,91	1.445,91	1.445,91	7	216,77	0,7448
Potenzialmente inappropriato	6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.090,41	1.090,41	1.090,41	1.090,41	4	306,60	0,6383

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)
	6	C	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.485,63	3.588,50	3.588,50	3.588,50	21	242,05	1,4998
	6	C	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	2.332,92	1.866,32	1.866,32	1.866,32	14	231,30	1,1181
	6	C	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.241,43	2.593,14	2.593,14	2.593,14	14	235,60	1,1639
	6	C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.698,72	1.358,98	1.358,98	1.358,98	8	193,64	0,8102
Potenzialmente inappropriato	3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	3.107,00	3.030,35	3.030,35	3.030,35	10	206,02	1,0520
Potenzialmente inappropriato	3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	2.218,00	2.076,75	2.076,75	2.076,75	7	203,86	0,9013
	6	C	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	7.369,37	5.895,50	5.895,50	5.895,50	47	253,88	2,6806
	6	C	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.088,11	3.270,48	3.270,48	3.270,48	31	222,14	1,6750
	6	M	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	3.491,81	281,86	281,86	563,71	37	247,43	1,4942
	6	M	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	3.228,45	279,18	279,18	558,35	28	226,46	0,8939
	6	M	174	Emorragia gastrointestinale con CC	3.193,08	220,43	220,43	440,86	21	220,22	1,0599
	6	M	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	1.899,30	191,92	191,92	383,85	17	200,63	0,6562
	6	M	176	Ulcera peptica complicata	2.603,41	225,06	225,06	450,11	20	223,77	1,0127
	6	M	177	Ulcera peptica non complicata con CC	2.585,59	185,90	185,90	371,79	21	192,57	0,9769
	6	M	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	1.760,75	179,44	179,44	358,89	17	142,00	0,7185
	6	M	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	2.889,64	205,69	205,69	411,38	27	218,38	1,0586
	6	M	180	Occlusione gastrointestinale con CC	2.451,16	214,72	214,72	429,45	23	223,22	0,8868
	6	M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.587,02	185,90	185,90	371,79	14	141,46	0,5614
	6	M	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.076,75	197,08	197,08	394,17	20	156,52	0,7681

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	6	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.170,28	190,20	190,20	380,40	13	154,91	0,5568
Potenzialmente inappropriato	6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	861,36	196,19	196,19	392,37	7	220,57	0,3014
	3	M	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	1.627,05	259,48	259,48	518,96	18	246,89	0,6621
	3	M	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.411,89	242,71	242,71	485,41	10	265,18	0,4601
Potenzialmente inappropriato	3	M	187	Estrazioni e riparazioni dentali	864,26	309,41	309,41	618,81	7	264,12	0,5300
	6	M	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.761,84	223,34	223,34	446,69	24	227,54	1,0034
Potenzialmente inappropriato	6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.075,98	208,71	208,71	417,41	14	223,77	0,5224
	6	M	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.446,64	231,08	231,08	462,17	7	253,88	0,3783
Alta complessità	7	C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	14.198,41	2.628,18	2.628,18	5.010,06	57	277,02	3,5599
Alta complessità	7	C	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	8.436,68	1.554,29	1.554,29	3.083,29	37	223,77	2,5966
Alta complessità	7	C	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.791,12	2.111,46	2.111,46	3.933,18	60	243,12	3,6085
	7	C	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.826,08	5.460,86	5.460,86	5.460,86	51	242,60	2,9871
	7	C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	7.226,27	5.781,03	5.781,03	5.781,03	40	215,69	2,4776
	7	C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.716,93	3.773,54	3.773,54	3.773,54	24	142,54	2,1918
	7	C	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.946,77	4.757,41	4.757,41	4.757,41	40	209,24	2,4752
	7	C	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.130,87	2.504,70	2.504,70	2.504,70	24	202,79	1,5546
	7	C	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.863,18	5.490,56	5.490,56	5.490,56	45	173,19	2,2656
	7	C	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	6.489,88	5.191,91	5.191,91	5.191,91	50	292,08	2,7306
	7	C	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.877,66	7.102,13	7.102,13	7.102,13	51	336,72	2,8743

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	M	202	Cirrosi e epatite alcolica	3.411,64	265,94	265,94	531,88	27	258,72	1,2862
	7	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.115,05	285,09	285,09	570,19	35	228,06	1,2825
	7	M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	2.745,49	201,82	201,82	403,64	24	211,93	1,0518
	7	M	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.140,52	227,20	227,20	454,41	27	252,27	1,1589
Potenzialmente inappropriato	7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.394,99	225,49	225,49	450,98	21	226,99	0,8236
	7	M	207	Malattie delle vie biliari con CC	2.854,35	211,30	211,30	422,59	24	202,79	1,1620
Potenzialmente inappropriato	7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	1.188,68	191,06	191,06	382,11	17	162,97	0,6681
	8	C	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	7.897,04	6.317,64	6.317,64	6.317,64	32	186,66	2,0942
	8	C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	4.442,05	3.553,64	3.553,64	3.553,64	30	184,49	1,7174
	8	C	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.703,98	4.563,19	4.563,19	4.563,19	28	283,47	1,5008
	8	C	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.096,67	4.877,32	4.877,32	4.877,32	63	165,14	2,2148
	8	C	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.900,35	3.920,27	3.920,27	3.920,27	24	323,29	1,3106
	8	C	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	8.402,80	2.275,88	2.275,88	4.551,77	45	265,18	2,5978
	8	C	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	5.884,19	4.707,34	4.707,34	4.707,34	31	193,10	2,0194
	8	C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.882,65	2.306,12	2.306,12	2.306,12	20	182,88	1,3446
	8	C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.657,27	2.125,81	2.125,81	2.125,81	17	212,47	1,0869
	8	C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.491,06	1.992,84	1.992,84	1.992,84	4	204,95	1,0013
	8	C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.125,28	1.700,22	1.700,22	1.700,22	13	195,26	1,0375
	8	C	225	Interventi sul piede	2.370,02	1.896,02	1.896,02	1.896,02	7	236,68	0,8826

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	226	Interventi sui tessuti molli con CC	4.765,33	3.812,27	3.812,27	3.812,27	24	212,47	1,5387
Potenzialmente inappropriato	8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.773,00	1.624,92	1.624,92	1.624,92	10	210,86	0,8846
Potenzialmente inappropriato	8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.891,00	1.815,55	1.815,55	1.815,55	10	241,52	0,9752
Potenzialmente inappropriato	8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.319,00	1.275,47	1.275,47	1.275,47	7	203,32	0,7372
	8	C	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.404,45	1.923,56	1.923,56	1.923,56	13	156,52	0,9325
Potenzialmente inappropriato	8	C	232	Artroscopia	1.543,53	1.543,53	1.543,53	1.543,53	7	202,79	0,7595
	8	C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.270,39	5.816,31	5.816,31	5.816,31	34	262,49	2,0269
	8	C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.444,24	2.755,38	2.755,38	2.755,38	13	213,54	1,2519
	8	M	235	Fratture del femore	3.431,00	238,84	238,84	477,67	23	259,27	0,5858
	8	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	3.447,45	244,42	244,42	488,84	21	273,26	0,6652
	8	M	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.801,00	206,55	206,55	413,10	17	214,08	0,6533
	8	M	238	Osteomielite	3.802,26	227,20	227,20	454,41	44	147,37	1,7119
	8	M	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2.965,55	302,29	302,29	604,58	30	248,51	1,1075
	8	M	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.183,13	221,19	221,19	442,37	30	180,20	1,2952
Potenzialmente inappropriato	8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.870,72	200,95	200,95	401,91	20	148,46	0,8096
	8	M	242	Artrite settica	3.571,35	251,31	251,31	502,63	40	160,84	1,2626
Potenzialmente inappropriato	8	M	243	Affezioni mediche del dorso	1.278,14	201,40	201,40	402,80	21	137,16	0,6837
	8	M	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.474,81	239,26	239,26	478,52	23	138,23	0,8398
Potenzialmente inappropriato	8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.230,22	195,79	195,79	391,59	28	107,57	0,5605

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	M	246	Artropatie non specifiche	1.982,06	191,50	191,50	383,00	20	128,02	0,6199
	8	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.596,52	209,14	209,14	418,28	17	148,99	0,5435
Potenzialmente inappropriato	8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	1.225,81	203,55	203,55	407,09	23	216,77	0,7633
Potenzialmente inappropriato	8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	857,89	250,01	250,01	500,03	18	232,36	0,6192
	8	M	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	1.915,29	383,41	383,41	766,83	16	180,73	0,6694
Potenzialmente inappropriato	8	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	922,71	278,42	278,42	556,84	7	170,51	0,4164
Potenzialmente inappropriato	8	M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	650,99	304,67	304,67	609,34	4	249,05	0,2983
	8	M	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.117,39	267,22	267,22	534,44	24	203,32	0,7515
Potenzialmente inappropriato	8	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	883,67	194,49	194,49	388,99	10	150,61	0,4225
	8	M	255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.245,02	299,51	299,51	599,01	7	214,62	0,3765
Potenzialmente inappropriato	8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.012,72	232,37	232,37	464,75	14	182,88	0,6224
	9	C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	4.573,30	3.658,63	3.658,63	3.658,63	14	207,08	1,2850
	9	C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	2.956,88	2.365,50	2.365,50	2.365,50	14	197,94	1,1697
	9	C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	4.487,23	3.589,79	3.589,79	3.589,79	13	188,80	1,0107
	9	C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.480,29	1.984,23	1.984,23	1.984,23	10	164,05	0,8896
	9	C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.622,30	2.097,84	2.097,84	2.097,84	10	240,98	1,1165
Potenzialmente inappropriato	9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.244,59	1.244,59	1.244,59	1.244,59	7	256,57	0,5990
	9	C	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.255,87	5.804,69	5.804,69	5.804,69	37	136,09	2,3324
	9	C	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.278,53	3.422,82	3.422,82	3.422,82	37	123,71	1,4659

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	C	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	5.018,16	4.014,51	4.014,51	4.014,51	17	220,54	1,2856
Potenzialmente inappropriato	9	C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.333,00	2.229,95	2.229,95	2.229,95	10	171,06	0,9665
	9	C	267	Interventi perianali e pilonidali	1.562,49	1.562,49	1.562,49	1.562,49	7	233,98	0,5312
Potenzialmente inappropriato	9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.906,00	1.778,97	1.778,97	1.778,97	10	220,54	1,2732
	9	C	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	4.297,89	3.438,32	3.438,32	3.438,32	31	261,42	1,6138
Potenzialmente inappropriato	9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.370,06	1.370,06	1.370,06	1.370,06	7	222,69	0,7668
	9	M	271	Ulcere della pelle	3.871,76	174,28	174,28	348,57	30	189,34	1,2955
	9	M	272	Malattie maggiori della pelle con CC	3.332,24	231,52	231,52	463,03	27	235,60	0,9417
	9	M	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.430,13	182,88	182,88	365,76	20	210,32	0,5861
	9	M	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	4.002,53	334,03	334,03	668,06	34	200,10	1,3320
	9	M	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.662,86	278,09	278,09	556,17	17	166,75	0,6197
Potenzialmente inappropriato	9	M	276	Patologie non maligne della mammella	716,50	218,17	218,17	436,34	10	219,46	0,4367
	9	M	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	2.820,36	191,50	191,50	383,00	30	137,70	1,0480
	9	M	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	1.671,81	182,03	182,03	364,07	21	136,09	0,6153
	9	M	279	Cellulite, età < 18 anni	1.356,58	225,49	225,49	450,98	10	257,11	0,4545
	9	M	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	1.608,99	274,97	274,97	549,94	17	278,63	0,7470
Potenzialmente inappropriato	9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1.027,13	269,81	269,81	539,62	7	269,49	0,6066
Potenzialmente inappropriato	9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	1.234,80	419,99	419,99	839,99	4	241,52	0,3376
Potenzialmente inappropriato	9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	1.502,92	205,26	205,26	410,52	20	152,76	0,7898

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	9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	888,63	195,37	195,37	390,74	13	218,92	0,4238
	10	C	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	10.056,76	8.045,40	8.045,40	8.045,40	59	135,55	2,5557
Alta complessità	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.828,00	1.673,57	1.673,57	3.438,31	27	268,94	1,9902
	10	C	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6.588,47	1.431,91	1.431,91	2.863,83	34	175,90	1,9678
	10	C	288	Interventi per obesità	3.721,25	2.977,00	2.977,00	2.977,00	17	189,34	1,8598
	10	C	289	Interventi sulle paratiroidi	3.723,41	2.978,72	2.978,72	2.978,72	11	243,66	0,8732
	10	C	290	Interventi sulla tiroide	2.599,17	2.079,32	2.079,32	2.079,32	11	171,59	0,9978
	10	C	291	Interventi sul dotto tireoglossa	1.385,66	1.108,52	1.108,52	1.108,52	7	208,71	0,8181
	10	C	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	8.119,74	6.495,79	6.495,79	6.495,79	27	352,86	2,2587
	10	C	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.251,60	4.201,27	4.201,27	4.201,27	14	133,93	1,4772
Potenzialmente inappropriato	10	M	294	Diabete, età > 35 anni	1.345,85	186,76	186,76	373,52	20	142,00	0,9845
Potenzialmente inappropriato	10	M	295	Diabete, età < 36 anni	1.277,21	253,46	253,46	506,92	17	269,49	0,6016
	10	M	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.933,08	206,98	206,98	413,97	23	235,60	0,8593
	10	M	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.265,08	200,10	200,10	400,20	21	210,86	0,5604
	10	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.360,24	206,98	206,98	413,97	7	211,40	0,2651
Potenzialmente inappropriato	10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	1.739,82	284,01	284,01	568,03	17	240,44	0,6979
	10	M	300	Malattie endocrine con CC	2.792,82	232,37	232,37	464,75	20	240,44	0,9965
Potenzialmente inappropriato	10	M	301	Malattie endocrine senza CC	1.009,39	232,37	232,37	464,75	17	161,90	0,5049
Alta complessità	11	C	302	Trapianto renale	44.216,37	-	-	-	42	775,12	10,2927

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	11	C	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.192,13	1.629,87	1.629,87	2.963,46	25	150,04	1,9629
Alta complessità	11	C	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.542,19	1.510,18	1.510,18	3.031,66	34	234,52	1,8026
	11	C	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	5.057,96	4.046,36	4.046,36	4.046,36	20	228,60	1,5231
	11	C	306	Prostatectomia con CC	4.667,98	3.734,38	3.734,38	3.734,38	18	226,99	1,2221
	11	C	307	Prostatectomia senza CC	2.891,80	2.313,43	2.313,43	2.313,43	14	188,25	1,0155
	11	C	308	Interventi minori sulla vescica con CC	5.502,80	4.402,25	4.402,25	4.402,25	24	294,24	1,5522
	11	C	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.553,43	2.842,73	2.842,73	2.842,73	13	163,52	1,0453
	11	C	310	Interventi per via transuretrale con CC	3.782,58	3.026,06	3.026,06	3.026,06	17	270,03	1,0057
	11	C	311	Interventi per via transuretrale senza CC	2.146,79	1.717,42	1.717,42	1.717,42	10	167,82	0,7204
	11	C	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	2.417,90	1.934,31	1.934,31	1.934,31	17	218,92	1,1378
	11	C	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.201,65	1.761,33	1.761,33	1.761,33	10	194,72	1,0316
	11	C	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2.477,07	1.981,65	1.981,65	1.981,65	17	208,71	1,2121
	11	C	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.020,81	4.816,66	4.816,66	4.816,66	41	227,54	2,0141
	11	M	316	Insufficienza renale	3.510,55	268,94	268,94	537,89	27	263,03	1,1501
Potenzialmente inappropriato	11	M	317	Ricovero per dialisi renale	1.529,54	247,86	247,86	495,71	1	177,51	0,6553
	11	M	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	3.220,22	346,94	346,94	693,89	34	292,62	1,2854
	11	M	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.542,60	260,35	260,35	520,69	17	214,62	0,6912
	11	M	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.325,48	205,69	205,69	411,38	23	214,62	0,8462
	11	M	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.832,75	194,93	194,93	389,85	17	169,43	0,6057

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)
	11	M	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.916,66	229,78	229,78	459,57	11	175,90	0,4272
Potenzialmente inappropriato	11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	2.022,00	vedi testo	vedi testo	vedi testo	10	257,11	0,5520
Potenzialmente inappropriato	11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	1.015,71	184,61	184,61	369,21	10	193,10	0,4010
	11	M	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.439,09	250,45	250,45	500,90	17	268,94	0,6193
Potenzialmente inappropriato	11	M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.290,72	219,89	219,89	439,77	10	238,29	0,4283
Potenzialmente inappropriato	11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.108,35	234,95	234,95	469,91	7	264,65	0,3400
	11	M	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.184,34	267,65	267,65	535,31	17	158,14	0,6628
Potenzialmente inappropriato	11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	885,61	200,95	200,95	401,91	10	129,63	0,4816
	11	M	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.136,65	258,63	258,63	517,27	7	182,34	0,2655
	11	M	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.748,49	219,89	219,89	439,77	27	226,99	1,0467
Potenzialmente inappropriato	11	M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.251,60	213,44	213,44	426,89	17	226,99	0,6109
Potenzialmente inappropriato	11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.390,31	285,30	285,30	570,61	13	290,47	0,6084
	12	C	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	5.670,10	4.536,07	4.536,07	4.536,07	20	219,46	2,2241
	12	C	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	4.562,54	3.650,03	3.650,03	3.650,03	16	213,54	1,9084
	12	C	336	Prostatectomia transuretrale con CC	3.602,91	2.882,33	2.882,33	2.882,33	15	190,42	1,0273
	12	C	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.739,56	2.191,64	2.191,64	2.191,64	11	184,49	0,8688
	12	C	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	3.349,03	2.679,21	2.679,21	2.679,21	10	235,60	0,9144
Potenzialmente inappropriato	12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.421,00	1.322,39	1.322,39	1.322,39	7	199,02	0,6763
Potenzialmente inappropriato	12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.249,00	1.213,51	1.213,51	1.213,51	4	311,43	0,5987

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)
	12	C	341	Interventi sul pene	3.289,32	2.631,44	2.631,44	2.631,44	13	212,47	1,2213
Potenzialmente inappropriato	12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	1.214,00	1.214,00	1.214,00	1.214,00	4	275,95	0,5593
Potenzialmente inappropriato	12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	754,00	754,00	754,00	754,00	4	254,43	0,2944
	12	C	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.859,48	3.887,57	3.887,57	3.887,57	17	191,49	0,9423
Potenzialmente inappropriato	12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	2.555,00	2.526,02	2.526,02	2.526,02	17	235,60	0,9432
	12	M	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.608,86	302,83	302,83	605,67	35	257,11	1,1847
	12	M	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	2.509,69	275,95	275,95	551,90	10	239,90	0,6095
	12	M	348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.404,08	192,78	192,78	385,56	21	202,25	0,6199
Potenzialmente inappropriato	12	M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	1.328,87	189,34	189,34	378,69	10	201,18	0,4249
	12	M	350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.426,52	224,20	224,20	448,40	13	230,76	0,5708
Potenzialmente inappropriato	12	M	351	Sterilizzazione maschile	-	-	-	-	0	-	0,1967
Potenzialmente inappropriato	12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	945,77	392,45	392,45	784,91	7	200,63	0,4639
Alta complessità	13	C	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.606,82	2.017,57	2.017,57	4.075,20	22	267,88	1,7728
	13	C	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	5.940,67	4.752,53	4.752,53	4.752,53	37	184,49	2,0274
	13	C	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.372,69	2.698,14	2.698,14	2.698,14	15	138,77	1,2687
	13	C	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.855,22	2.284,18	2.284,18	2.284,18	11	140,93	0,9206
Alta complessità	13	C	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	7.329,02	1.826,81	1.826,81	3.500,72	27	199,02	1,7499
	13	C	358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	3.698,66	2.958,92	2.958,92	2.958,92	15	206,02	1,3388
	13	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.655,66	2.124,52	2.124,52	2.124,52	11	167,28	0,9785

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	13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.711,00	1.618,89	1.618,89	1.618,89	10	254,97	0,8575
	13	C	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.731,52	1.385,21	1.385,21	1.385,21	7	264,12	0,7171
Potenzialmente inappropriato	13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	871,00	871,00	871,00	871,00	4	167,82	0,5599
	13	C	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.502,35	2.001,88	2.001,88	2.001,88	10	279,71	0,7937
Potenzialmente inappropriato	13	C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.151,24	1.151,24	1.151,24	1.151,24	4	245,29	0,5395
	13	C	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	3.869,18	3.095,34	3.095,34	3.095,34	23	192,57	1,2244
	13	M	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	3.514,20	324,35	324,35	648,71	37	268,41	1,3793
	13	M	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.045,16	293,69	293,69	587,38	21	263,03	0,6447
	13	M	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.639,59	215,16	215,16	430,32	10	182,88	0,5307
Potenzialmente inappropriato	13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	800,35	260,78	260,78	521,56	7	279,71	0,4208
	14	C	370	Parto cesareo con CC	3.512,00	2.809,60	2.809,60	2.809,60	14	200,63	0,9635
	14	C	371	Parto cesareo senza CC	2.457,72	1.966,16	1.966,16	1.966,16	6	176,43	0,7334
	14	M	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.986,16	264,65	264,65	529,30	8	259,27	0,5649
	14	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.318,64	256,47	256,47	512,93	5	204,95	0,4439
	14	C	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.026,30	1.621,04	1.621,04	1.621,04	8	267,33	0,6946
	14	C	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	3.171,50	2.537,20	2.537,20	2.537,20	8	352,32	0,9140
	14	M	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.135,28	221,62	221,62	443,24	10	230,76	0,4582
Potenzialmente inappropriato	14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2.133,00	1.994,13	1.994,13	1.994,13	7	370,09	0,7871
	14	M	378	Gravidanza ectopica	2.000,34	249,15	249,15	498,29	10	188,80	0,5765

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	379	Minaccia di aborto	1.820,19	240,12	240,12	480,23	10	224,83	0,4424
	14	M	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	973,88	288,74	288,74	577,48	7	197,40	0,3888
Potenzialmente inappropriato	14	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.206,00	1.124,01	1.124,01	1.124,01	4	307,14	0,4568
	14	M	382	Falso travaglio	388,62	280,14	280,14	280,14	4	98,43	0,2032
	14	M	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.378,07	241,42	241,42	482,83	10	200,63	0,4019
Potenzialmente inappropriato	14	M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	875,67	208,71	208,71	417,41	14	181,80	0,3964
	15	M	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	4.105,86	316,29	316,29	632,58	4	271,10	0,6891
Alta complessità	15	M	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	15.157,34	312,85	312,85	574,46	135	172,12	8,6877
Alta complessità	15	M	387	Prematurità con affezioni maggiori	8.376,35	293,22	293,22	543,27	51	164,05	3,5317
	15	M	388	Prematurità senza affezioni maggiori	3.913,29	190,96	190,96	381,91	20	187,72	0,8326
	15	M	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	1.889,68	211,93	211,93	423,86	11	133,40	0,7041
	15	M	390	Neonati con altre affezioni significative	1.349,61	168,37	168,37	336,73	5	99,51	0,2085
	15	M	391	Neonato normale	537,90	180,20	180,20	360,40	5	-	0,1598
	16	C	392	Splenectomia, età > 17 anni	6.248,71	1.652,44	1.652,44	3.304,89	22	303,91	1,9909
	16	C	393	Splenectomia, età < 18 anni	4.507,68	3.606,14	3.606,14	3.606,14	13	242,60	1,1225
	16	C	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	3.942,87	3.154,29	3.154,29	3.154,29	17	309,83	1,1177
Potenzialmente inappropriato	16	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.071,28	233,23	233,23	466,46	23	248,51	0,8552
Potenzialmente inappropriato	16	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	969,44	256,47	256,47	512,93	13	236,68	0,5775
	16	M	397	Disturbi della coagulazione	4.241,19	363,18	363,18	726,36	20	351,25	0,9347

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)
	16	M	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	5.536,64	319,48	319,48	638,95	27	205,32	1,2182
Potenzialmente inappropriato	16	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.803,51	235,39	235,39	470,78	17	175,90	0,6982
Alta complessità	17	C	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	10.340,32	1.386,15	1.386,15	2.749,78	55	283,47	3,0119
	17	C	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.916,52	3.133,21	3.133,21	3.133,21	24	155,45	1,4116
Alta complessità	17	M	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.632,90	355,13	355,13	772,41	40	318,44	1,8616
Potenzialmente inappropriato	17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.224,07	282,94	282,94	565,87	24	245,83	1,1010
Alta complessità	17	M	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	7.686,00	652,58	652,58	1.450,19	86	566,41	2,9459
Alta complessità	17	C	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.636,48	1.746,36	1.746,36	3.592,13	43	253,35	2,9175
	17	C	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.182,58	1.286,68	1.286,68	2.573,36	27	178,58	1,8956
	17	C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.984,80	3.987,84	3.987,84	3.987,84	13	313,05	1,4917
Potenzialmente inappropriato	17	M	409	Radioterapia	3.260,28	378,15	378,15	756,30	31	281,86	0,8811
Potenzialmente inappropriato	17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.914,42	359,32	431,18	718,64	7	284,00	0,7539
Potenzialmente inappropriato	17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	971,68	279,18	279,18	558,35	13	172,12	0,4822
Potenzialmente inappropriato	17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	786,04	364,16	364,16	728,32	10	265,18	0,4948
	17	M	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.772,48	291,01	291,01	582,02	41	236,14	1,4888
	17	M	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	3.108,65	273,79	273,79	547,59	32	162,97	0,9668
	18	M	417	Setticemia, età < 18 anni	2.398,12	224,20	224,20	448,40	17	254,43	0,9563
	18	M	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.458,02	215,16	215,16	430,32	23	235,07	1,0619
	18	M	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.662,40	232,81	232,81	465,62	20	179,12	0,8455

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)
	18	M	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.049,25	211,30	211,30	422,59	21	154,91	0,6372
	18	M	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	1.949,59	219,46	219,46	438,92	14	187,72	0,6643
	18	M	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.469,97	229,78	229,78	459,57	10	257,11	0,3634
	18	M	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	2.960,05	274,54	274,54	549,08	24	263,57	1,2815
	19	C	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	7.770,10	6.216,08	6.216,08	6.216,08	39	229,68	1,6764
	19	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.882,82	231,08	231,08	462,17	21	251,74	0,5422
Potenzialmente inappropriato	19	M	426	Nevrosi depressive	1.245,04	175,57	175,57	351,15	31	206,55	0,3902
Potenzialmente inappropriato	19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1.017,03	188,91	188,91	377,82	27	222,14	0,3937
	19	M	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.091,79	168,26	168,26	336,51	41	195,80	0,6989
Potenzialmente inappropriato	19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.537,34	184,61	184,61	369,21	27	153,83	0,7933
	19	M	430	Psicosi	2.597,93	158,79	158,79	317,58	44	187,72	0,7668
	19	M	431	Disturbi mentali dell'infanzia	1.614,91	190,63	190,63	381,27	21	162,44	0,4865
	19	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	2.071,21	197,95	197,95	395,90	21	183,43	0,5406
	20	M	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.150,05	318,44	318,44	636,87	4	293,69	0,1297
	21	C	439	Trapianti di pelle per traumatismo	3.987,53	3.190,01	3.190,01	3.190,01	17	223,22	1,4074
	21	C	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.345,20	4.276,16	4.276,16	4.276,16	28	372,77	1,2893
	21	C	441	Interventi sulla mano per traumatismo	1.979,51	1.583,60	1.583,60	1.583,60	10	220,01	1,0153
Alta complessità	21	C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	8.098,64	1.539,21	1.539,21	2.995,05	51	292,62	2,6634
	21	C	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	4.106,93	3.285,54	3.285,54	3.285,54	13	218,92	1,2447

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)
	21	M	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.209,29	199,24	199,24	398,48	21	212,47	0,8337
	21	M	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	1.476,36	197,95	197,95	395,90	10	208,16	0,6198
	21	M	446	Traumatismi, età < 18 anni	1.125,23	275,84	275,84	551,68	4	286,70	0,3585
	21	M	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.413,72	251,73	251,73	503,46	10	265,72	0,4565
	21	M	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	842,20	234,10	234,10	468,20	7	269,49	0,2344
	21	M	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.230,32	253,46	253,46	506,92	21	256,04	0,7386
	21	M	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.250,95	244,42	244,42	488,84	10	250,13	0,4109
	21	M	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	934,56	291,76	291,76	583,51	4	272,71	0,2938
	21	M	452	Complicazioni di trattamenti con CC	2.096,81	265,94	265,94	531,88	27	195,80	1,0604
	21	M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.543,13	195,79	195,79	391,59	18	173,74	0,4896
	21	M	454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.613,48	293,05	293,05	586,09	18	281,86	0,7653
	21	M	455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.671,60	271,52	271,52	543,05	10	147,91	0,5954
	23	C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.913,31	2.330,65	2.330,65	2.330,65	21	222,69	1,5238
	23	M	462	Riabilitazione	1.720,06	197,95	197,95	395,90	37	95,21	0,7570
	23	M	463	Segni e sintomi con CC	2.896,50	225,06	225,06	450,11	31	154,91	0,8004
	23	M	464	Segni e sintomi senza CC	1.759,39	181,60	181,60	363,20	23	143,08	0,5041
Potenzialmente inappropriato	23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	517,20	209,24	209,24	418,48	7	208,71	0,4836
Potenzialmente inappropriato	23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	908,31	250,01	250,01	500,03	10	181,27	0,6630
Potenzialmente inappropriato	23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	963,31	228,94	228,94	457,87	10	151,69	0,2583

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	C	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	6.054,17	4.843,33	4.843,33	4.843,33	39	288,32	2,8661
	NA	NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457,21	103,80	103,80	103,80	10	82,83	0,0000
	NA	NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	457,21	61,32	61,32	61,32	41	48,94	0,0000
Alta complessità	8	C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	16.184,13	8.040,13	8.040,13	16.080,26	30	223,77	2,4714
Alta complessità	17	M	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	20.353,32	749,89	749,89	1.666,45	81	598,69	4,2095
	NA	C	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	4.777,71	3.822,16	3.822,16	3.822,16	20	244,21	1,7590
	NA	C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	3.205,40	2.564,30	2.564,30	2.564,30	32	199,56	1,7604
	5	C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.050,99	3.240,78	3.240,78	3.240,78	21	210,32	1,6087
Alta complessità	Pre	C	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	83.530,34	-	-	-	61	884,85	19,4443
Alta complessità	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo allogenico	86.447,67	4.665,82	4.665,82	9.331,64	46	1.069,90	15,5111
	Pre	C	481***	Trapianto di midollo osseo autologo	37.495,37	4.665,82	4.665,82	9.331,64	46	1.069,90	15,5111
	Pre	C	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.302,53	9.042,04	9.042,04	9.042,04	61	231,83	3,7723
Alta complessità	24	C	484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	20.064,57	4.798,15	4.798,15	9.596,30	73	499,18	5,0987
Alta complessità	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	14.977,75	4.319,95	4.319,95	8.639,89	42	325,43	4,4919
Alta complessità	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	13.541,63	3.307,60	3.307,60	6.615,20	50	351,78	4,6091
	24	M	487	Altri traumatismi multipli rilevanti	4.903,24	380,83	380,83	761,66	37	346,94	1,7349
Alta complessità	25	C	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	13.051,11	1.530,35	1.530,35	3.060,69	112	205,48	4,1670
	25	M	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	5.893,14	294,77	294,77	589,54	58	182,88	2,4149
Potenzialmente inappropriato	25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.504,76	306,07	306,07	612,14	31	209,24	1,1973

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	8	C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.950,54	2.711,35	2.711,35	5.283,35	24	185,04	1,9828
	17	M	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.848,65	592,77	711,34	1.185,55	51	243,12	1,4945
	7	C	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.202,05	4.161,63	4.161,63	4.161,63	30	209,24	1,5285
	7	C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.955,39	2.364,30	2.364,30	2.364,30	10	202,79	0,8890
Alta complessità	Pre	C	495	Trapianto di polmone	72.572,29	-	-	-	78	320,66	16,8871
Alta complessità	8	C	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	21.649,82	17.319,86	17.319,86	17.319,86	45	1.082,48	5,1811
Alta complessità	8	C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	13.309,85	10.648,00	10.648,00	10.246,72	35	640,41	3,8451
Alta complessità	8	C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	9.519,60	7.615,99	7.615,99	8.461,86	24	528,86	3,2406
	8	C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	4.812,03	3.849,62	3.849,62	3.849,62	27	240,60	1,6629
	8	C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	2.826,05	2.260,83	2.260,83	2.260,83	14	141,29	1,2589
	8	C	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.877,34	7.901,87	7.901,87	7.901,87	92	395,09	2,1467
	8	C	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	2.717,00	2.173,60	2.173,60	2.173,60	51	108,67	1,1595
Potenzialmente inappropriato	8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.746,26	1.746,26	1.746,26	1.746,26	7	196,45	0,9222
Alta complessità	22	C	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	44.339,78	-	-	-	108	3.103,78	9,8973
Alta complessità	22	M	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	11.009,13	1.761,45	1.761,45	3.522,90	71	770,64	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	17.296,35	13.837,08	13.837,08	13.837,08	87	1.210,74	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	6.790,99	5.432,78	5.432,78	5.432,78	65	475,36	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	5.655,77	904,91	904,91	1.809,82	67	395,90	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	2.994,11	479,06	479,06	958,12	32	209,58	1,1302

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)
	22	M	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.388,01	702,08	702,08	1.404,16	53	307,15	1,3587
	22	M	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	3.511,62	561,86	561,86	1.123,72	24	245,81	1,0977
Alta complessità	Pre	C	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728,10	-	-	-	68	470,23	15,7658
Alta complessità	Pre	C	513	Trapianto di pancreas	61.450,75	-	-	-	53	270,33	14,3046
Alta complessità	5	C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	20.394,61	9.016,56	9.016,56	9.016,56	31	644,04	4,0897
	5	C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	5.592,57	4.474,05	4.474,05	4.474,05	7	189,77	1,2185
Alta complessità	8	C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	10.500,95	8.400,76	8.400,76	8.400,76	46	525,04	3,1524
Alta complessità	8	C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.128,68	5.703,20	5.703,20	6.336,61	17	396,03	2,1786
	20	M	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.692,40	193,85	193,85	387,70	27	215,39	0,8717
	20	M	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.618,18	188,51	188,51	377,01	45	209,44	0,8746
	20	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	2.033,39	146,40	146,40	292,80	24	162,67	0,5366
	1	M	524	Ischemia cerebrale transitoria	2.036,48	181,09	181,09	362,17	17	192,65	0,7692
Alta complessità	5	C	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	38.214,24	16.239,85	16.239,85	32.479,70	47	701,76	9,9320
Alta complessità	1	C	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	18.632,77	3.767,28	3.767,28	7.534,56	48	462,57	5,7260
Alta complessità	1	C	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.228,44	2.472,41	2.472,41	4.944,82	75	303,58	3,7579
Alta complessità	1	C	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	6.501,94	1.314,60	1.314,60	2.629,21	33	161,41	1,9981
Alta complessità	1	C	531	Interventi sul midollo spinale con CC	11.125,99	2.787,17	2.787,17	6.193,70	47	287,04	3,9401
Alta complessità	1	C	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	6.216,57	1.730,34	1.730,34	3.460,69	24	160,38	2,2015
	1	C	533	Interventi vascolari extracranici con CC	5.009,09	4.007,28	4.007,28	4.007,28	20	277,49	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	4.637,61	3.710,09	3.710,09	3.710,09	11	256,92	1,2022
Alta complessità	5	C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	27.791,57	15.841,20	15.841,20	15.841,20	41	833,74	6,3257
Alta complessità	5	C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	22.758,12	12.972,06	12.972,06	11.792,84	33	620,67	5,3077
	8	C	537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	4.060,99	3.248,77	3.248,77	3.248,77	28	401,86	1,6372
Potenzialmente inappropriato	8	C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.022,00	1.869,05	1.869,05	1.869,05	7	231,19	0,9419
Alta complessità	17	C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17.410,86	3.111,66	3.111,66	6.914,74	50	577,18	3,4880
	17	C	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	7.718,09	1.532,62	1.532,62	3.065,25	24	255,86	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	52.898,48	7.956,22	7.956,22	15.912,45	117	574,50	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	36.329,95	5.464,23	5.464,23	10.928,45	104	394,56	8,5360
Alta complessità	1	C	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	12.813,20	2.590,64	2.590,64	5.181,28	51	318,09	3,9376
Alta complessità	8	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	9.291,05	4.225,09	4.225,09	8.059,81	22	191,86	2,0283
Alta complessità	8	C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.904,23	5.413,36	5.413,36	12.029,92	34	257,06	2,7175
Alta complessità	8	C	546	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	15.016,62	12.013,61	12.013,61	13.348,12	31	834,24	5,0089
Alta complessità	5	C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	20.591,86	5.542,51	5.542,51	11.085,02	39	342,10	5,0871
Alta complessità	5	C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.398,99	4.683,11	4.683,11	9.476,45	29	292,45	4,3489
Alta complessità	5	C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.157,01	4.316,07	4.316,07	8.632,15	28	344,37	3,7801
Alta complessità	5	C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	13.796,77	3.470,82	3.470,82	7.355,17	20	293,43	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	11.407,25	5.697,75	5.697,75	12.109,41	31	455,07	2,3045

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	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.230,05	5.784,04	5.784,04	5.784,04	14	377,06	1,5894
	5	C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	7.730,92	6.184,74	6.184,74	6.184,74	49	295,16	2,6490
	5	C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.030,06	4.824,05	4.824,05	4.824,05	31	230,23	2,0662
	5	C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.089,12	7.271,29	7.271,29	7.271,29	17	288,78	1,8899
	5	C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.155,68	5.724,54	5.724,54	5.724,54	10	231,70	1,3742
	5	C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	10.788,72	8.630,98	8.630,98	8.630,98	14	342,78	2,2433
	5	C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	8.803,75	7.043,00	7.043,00	7.043,00	7	285,06	1,6907
	1	M	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	5.168,21	296,21	296,21	592,42	19	303,89	1,8296
	1	M	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	5.967,37	327,84	327,84	655,68	43	234,37	2,5059
	1	M	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	4.207,33	231,14	231,14	462,29	37	165,24	1,7668
	1	M	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.048,56	308,78	308,78	617,56	20	301,03	0,9526
Potenzialmente inappropriato	1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.175,77	204,39	204,39	408,78	17	162,97	0,7306
Potenzialmente inappropriato	1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	1.979,04	200,45	200,45	400,90	23	195,42	0,6184
Alta complessità	4	M	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	11.396,40	536,50	536,50	1.035,82	50	464,12	4,0374
	4	M	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	5.755,37	270,95	270,95	541,90	46	242,81	2,1122
	6	C	567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.385,81	9.108,69	9.108,69	9.108,69	47	302,61	3,8842
	6	C	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10.398,84	8.319,10	8.319,10	8.319,10	48	276,37	3,5475
Alta complessità	6	C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.012,35	2.144,90	2.144,90	4.470,86	50	282,64	3,3881
Alta complessità	6	C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10.179,49	1.982,65	1.982,65	3.616,44	45	228,62	2,7406

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)
	6	M	571	Malattie maggiori dell'esofago	3.278,04	226,29	226,29	452,57	24	226,07	1,0881
	6	M	572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2.699,53	614,85	614,85	1.229,70	20	691,27	0,9446
Alta complessità	11	C	573	Interventi maggiori sulla vescica	10.502,04	2.379,99	2.379,99	5.288,90	43	267,78	3,5032
	16	M	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	5.138,06	296,47	296,47	592,95	27	190,54	1,1305
Alta complessità	18	M	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	12.319,03	602,05	602,05	1.204,10	65	610,72	4,7782
	18	M	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	4.236,45	207,04	207,04	414,09	37	210,03	1,6432
	1	C	577	Inserzione di stent carotideo	5.067,85	2.815,48	2.815,48	2.815,48	4	311,95	1,4507
Alta complessità	18	C	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	9.267,34	7.413,62	7.413,62	7.416,08	82	354,28	4,4004
	18	C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	5.036,56	4.029,26	4.029,26	4.029,26	44	192,49	2,3908

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ANNO 2013

	REGIME ORDINARIO Tariffa giornaliera						DAY HOSPITAL Tariffa per accesso		
	Codice 28	Codice 75	Codice 56		Codice 60		Codice 28	Codice 75	Codice 56
MDC	Unità Spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione	Tariffa oltre il 60°giorno	Lungodegenza	Tariffa oltre il 60°giorno	Unità Spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione
01-SISTEMA NERVOSO	403,42	376,52	272,70	163,62	143,61	86,16	311,43	266,26	218,17
02-OCCHIO	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
04-APP. RESPIRATORIO	403,42	376,52	240,44	144,25	143,61	86,16	311,43	266,26	192,35
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	403,42	376,52	261,41	156,84	143,61	86,16	311,43	266,26	209,13
06-APP. DIGERENTE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
08-APP. MUSCOLOSCELETR., TESS. CONNETTIVO	403,42	376,52	246,89	148,14	143,61	86,16	311,43	266,26	197,52
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
11-RENE E VIE URINARIE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
15-PERIDO NEONATALE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16	311,43	266,26	167,81

	REGIME ORDINARIO					
	Tariffa giornaliera					
	Codice 28	Codice 75	Codice 56		Codice 60	
MDC	Unità Spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione	Tariffa oltre il 60°giorno	Lungodegenza	Tariffa oltre il 60°giorno
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16
22-USTIONI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16
25-INFEZIONI DA HIV	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16
NON CLASSIFICABILE	403,42	376,52	209,77	125,86	143,61	86,16

DAY HOSPITAL		
Tariffa per accesso		
Codice 28	Codice 75	Codice 56
Unità Spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione
311,43	266,26	167,81
311,43	266,26	167,81
311,43	266,26	167,81
311,43	266,26	167,81
311,43	266,26	167,81
311,43	266,26	167,81