



**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**

*09/061/CR/C7*

# **COMPENSAZIONE INTERREGIONALE DELLA MOBILITÀ SANITARIA**

## **TESTO UNICO**

**Versione in vigore per le attività dell'anno 2008**

Roma, 29 luglio 2009

## Indice

Premessa	pag. 3
Invio dei dati di attività	pag. 4
Invio contestazioni	pag. 8
Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero	pag. 10
Invio controdeduzioni	pag. 19
Composizioni bilaterali e collegio arbitrale	pag. 22
Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record	pag. 23
Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)	pag. 26
Tracciato record	pag. 29
Medicina generale (flusso B)	pag. 32
Tracciato record	pag. 34
Specialistica ambulatoriale (flusso C)	pag. 35
Tracciato record	pag. 38
Farmaceutica (flusso D)	pag. 40
Tracciato record	pag. 42
Cure termali (flusso E)	pag. 44
Tracciato record	pag. 46
Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)	pag. 48
Tracciato record	pag. 54
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)	pag. 56
Tracciato record	pag. 58
Accordo Interregionale Plasmaderivazione	pag. 59
Tariffa Unica Convenzionale (TUC)	pag. 62
Tariffe TUC versione anno 2008	pag. 75

## 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. Le Conferenze dei Presidenti e degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome 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 testo unico 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 15 maggio	Invio dei dati di attività
entro il 15 luglio	Invio delle contestazioni
entro il 15 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 tutti i ricoveri extraospedalieri venga inviata una comunicazione alla USL di residenza del soggetto ricoverato.

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 15 maggio 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 del timbro postale. 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 effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura;
  - i record abbiano struttura corretta ma campi non allineati o non leggibili secondo le specifiche;
- la regione debitrice deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli addebiti per la quale farà fede il protocollo di arrivo. 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 del timbro postale 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.

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.

Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici Floppy o CD. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

**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**

<b>Tipologia prestazione</b>	<b>NUMERO RECORD</b>	<b>NUMERO PRESTAZIONI</b>	<b>IMPORTO</b>
<b>Ricoveri ospedalieri e day hospital</b>			
<b>Medicina generale</b>			
<b>Specialistica ambulatoriale</b>			
<b>Farmaceutica</b>			
<b>Cure termali</b>			
<b>Somministrazione diretta di farmaci</b>			
<b>Trasporti con ambulanza ed elisoccorso</b>			
<b>Totale</b>			

**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. dell'anno di attività successivo.

**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

## 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 luglio 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 del timbro postale.

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;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non sia possibile effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura;

la regione contestata deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni per la quale farà fede il protocollo di arrivo. 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

Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici Floppy o CD. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

### 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															
030 - Lombardia															
041 - P.A. Bolzano															
042 - P.A. Trento															
050 - Veneto															
060 - Friuli V. Giulia															
070 - Liguria															
080 - Emilia-Romagna															
090 - Toscana															
100 - Umbria															
110 - Marche															
120 - Lazio															
130 - Abruzzo															
140 - Molise															
150 - Campania															
160 - Puglia															
170 - Basilicata															
180 - Calabria															
190 - Sicilia															
200 - Sardegna															

121 - Bambin Gesù														
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 2008**

Il gruppo tecnico dei referenti della mobilità sanitaria interregionale delle Regioni e delle Province Autonome ha predisposto un 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 prevede l'utilizzo di indicatori che in base al flusso delle SDO possano consentire di riconoscere le strutture (ospedali o singoli reparti) in cui i comportamenti potenzialmente inappropriati di uno specifico tipo sono sistematici. Il documento fornisce un primo elenco di fenomeni a rischio assieme ai relativi indicatori di verifica sulla base di una analisi dei riferimenti normativi e degli atti di livello nazionale che regolamentano l'appropriatezza dei ricoveri.

Su questa base un gruppo di lavoro dei referenti regionali della mobilità sanitaria ha proposto di considerare a rischio di inappropriata nelle diverse aree di ricovero i fenomeni riportati nella Tabella 1. Gli indicatori proposti per la verifica degli addebiti sono riportati nella Tabella 2 ed i criteri di calcolo nella Tabella 3. I valori soglia sono stati determinati sulla base dei dati 2006 della Regione Marche relativa sia alla mobilità intra- che inter-regionale.

Tali controlli sono già stati utilizzati per l'anno 2007 in maniera facoltativa, sia in fase di contestazione che in quella di controdeduzione. Tenuto conto che il 2008 è il primo anno che tali controlli vengono considerati obbligatori si sono volutamente limitate le possibili contestazioni ad alcuni selezionati fenomeni a rischio e si sono scelti valori soglia di alta sensibilità.

Gli indicatori vanno calcolati dalla regione debitrice a livello di singolo ospedale o di singolo reparto in base alla relativa indicazione della Tabella 2 e vanno utilizzati per la contestazione mirata e selettiva di specifici comportamenti a rischio riportando la struttura interessata e il valore dell'indicatore risultato "positivo". Nella elaborazione vanno inclusi i soli ricoveri con oneri a carico del SSN (1, 2, 5 e 6). Ciascuna Regione avrà facoltà di produrre le contestazioni utilizzando il modulo della Tabella 4.

Ovviamente ogni Regione è tenuta ad effettuare controlli sulla produzione ospedaliera in mobilità attiva corrispondenti a quelli previsti dagli atti regionali e nazionali sulla produzione interna. In particolare si potranno effettuare anche le verifiche previste nel paragrafo "Ulteriori controlli".

Per ciascuna delle anomalie segnalate la Regione effettuante il ricovero, ha l'obbligo di verifica e controdeduzione.

Le controdeduzioni dovranno riportare in alternativa:

- le valutazioni complessive che dimostrano che al valore anomalo dell'indicatore non corrisponde un'anomalia gestionale, ma una specificità strutturale;
- gli eventuali provvedimenti adottati ritenuti idonei a far rientrare la performance della struttura, per l'aspetto indagato dall'indicatore nei limiti di normalità.

Si evidenzia, tuttavia, che non sono previste sanzioni applicabili in maniera automatica; l'eventuale valutazione di tipo economico legata alle anomalie evidenziate dai controlli sarà regolata in sede di accordi bilaterali.

Il sistema per la verifica dell'appropriatezza sarà sottoposto a periodiche manutenzioni, attraverso le quali il set di indicatori verrà aggiornato con l'inclusione di nuove segnalazioni suggerite dai risultati delle analisi e l'eliminazione di quelle che risulteranno ridondanti o non significative.

**I fenomeni a rischio di inappropriatelyzza nelle diverse aree di ricovero ospedaliero**

AREA	FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA
<b>Chirurgica</b>	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
<b>Medica</b> (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
<b>Riabilitativa</b>	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
<b>Tutte le aree</b>	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

**Tabella 2**

<b>Indicatori di potenziale inappropriatelyzza nell'attività di ricovero ospedaliero</b>						
<b>Area</b>	<b>Codice</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Numero minimo casi al denominatore</b>	<b>Livello di elaborazione</b>	<b>Note</b>
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	15% <sup>1)</sup>	20	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	20% <sup>1)</sup>	20	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	20% <sup>1)</sup>	20	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	15% <sup>1)</sup>	20	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	20% <sup>1)</sup>	20	Reparto	Occorre tenere conto dei reparti specializzati per il trattamento delle osteomieliti (codice diagnosi 750)
	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	15% <sup>1)</sup>	20	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	30% <sup>1)</sup>	20	Reparto	
	C2	Numero di pazienti con DRG 42, intervento principale codice 1179 e diagnosi principale di ipermetropia o miopia o astigmatismo	5		Struttura	La chirurgia refrattiva è solo in alcuni casi nei LEA e non va addebitata con la mobilità
Medica	M1 (19)	Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Endocrinologia	30%	20	Reparto	
	M2 (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%	20	Reparto	
	M3 (26)	Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Medicina Generale	20%	20	Reparto	

	M4 (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%	20	Reparto	
	M5 (32)	Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Neurologia	30%	20	Reparto	
	M6 (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%	20	Reparto	
	M7 (58)	Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Gastroenterologia	30%	20	Reparto	
	M8 (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%	20	Reparto	
Riabilitativa (reparti cod. 56)	R1	Percentuale di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri	10%	20	Reparto	I DH riabilitativi sono ad alto rischio di inappropriatezza I ricoveri brevi sono ad alto rischio di inappropriatezza
	R2	Percentuale di ricoveri ordinari con durata di meno di 10 giorni	10%	20	Reparto	
Tutti i reparti per acuti	RA 1	Numero ricoveri ordinari consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura.	5	–	Struttura	Si utilizza come indicatore un numero assoluto perché si tratta di un fenomeno che dovrebbe essere eccezionale Vedi sopra
	RA 2	Numero ricoveri in DH consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura	5	–	Struttura	

- (1) Incrementato del 5% nel caso di struttura con attività di Pronto Soccorso. Il valore soglia “di base” va utilizzato in sede di contestazione, mentre questo incremento del 5% va utilizzato in sede di controdeduzioni.



**Tabella 3**

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

<b>CODICE</b>	<b>NUMERATORE</b>	<b>DENOMINATORE</b>
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
C2	N. dimessi per tutti i ricoveri (RO e DH) per DRG 42 con intervento principale codice 1179 e uno dei seguenti codici di diagnosi: 3670, 3671, 36720, 36721, 26722	
M1, M3, M5, M7	N. dimessi con RO per i DRG medici dei LEA	N. dimessi con RO per DRG medico
M2, M4, M6, M8	N. dimessi con RO per DRG medico di durata di 2-3 giorni	N. dimessi con RO per DRG medico
R1	N. dimessi in DH	N. dimessi in DH e con RO
R2	N. dimessi con RO di durata inferiore a 10 giorni	N. dimessi con RO
RA 1	N. dimessi con RO con precedente dimissione per RO nello stesso giorno dell'ammissione o nel giorno precedente in un reparto per acuti della stessa struttura	
RA 2	N. dimessi in DH con precedente dimissione con RO nello stesso giorno dell'ammissione o nel giorno precedente in un reparto per acuti della stessa struttura	



## **Ulteriori controlli**

Le Regioni hanno la facoltà di evidenziare:

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

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

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

Si evidenzia che tale tipologia di controlli non sono stati oggetto di sperimentazione nel 2007, pertanto l'attività 2008 è il primo anno di attività su cui vengono applicati. Per tale motivo, al fine di semplificare la gestione delle contestazioni e delle controdeduzioni, il gruppo tecnico dovrà definire un set di indicatori condiviso da utilizzare per l'applicazione delle regole sopra descritte.

## RISPOSTA ALLE CONTESTAZIONI (CONTRODEDUZIONI)

La regione contestata entro il 15 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 del timbro postale.

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;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;

la regione contestante deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle controdeduzioni per la quale farà fede il protocollo di arrivo. La regione contestata deve

procedere al rinvio dei dati, pena la nullità delle controdeduzioni, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

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

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

Dove:

RRR Regione ricevente

D Invio controdeduzioni

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

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

rrr Regione inviante

Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici **Floppy** o **CD**. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

<b>Compensazione interregionale della mobilità sanitaria</b>												
<b>Modello D</b>												
<b>Regione contestata :</b>			intestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni									
<b>Regione contestante :</b>			Regione che ha inviato le contestazioni									
<b>Periodo :</b>			Anno di riferimento									
<b>RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI</b>												
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												
<b>Data</b>	<b>Il Responsabile</b>											

# 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												
<b>Data</b>	<b>nome compilatore</b>											

## 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 avvenire 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.

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

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

### IDENTIFICATIVO UTENTE - codice OIU

E' obbligatorio almeno un identificativo dell'utente: gli identificativi validi, in ordine di preferenza sono:

- 1) Codice fiscale;
- 2) Cognome, nome e data di nascita (per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge deve essere indicata la dicitura ANONIMO sia nel cognome che nel nome);
- 3) Codice sanitario regionale.

Questi campi sono generalmente accompagnati dalla indicazione 'V' a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

### 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, 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
B,C,D,E,F,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,B	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 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).

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

Le Regioni su cui insistono le strutture ACISMOM invieranno i dati di mobilità alle Regioni debtrici 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

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 sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita; codice sanitario regionale.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, 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 e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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 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.

3= Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore

Le diagnosi devono essere codificate utilizzando la versione italiana 2002 della International Classification of Diseases - 9<sup>th</sup> revision - Clinical Modification. Per la determinazione dei DRG dovrà essere utilizzata la versione Grouper HCFA 19.0.

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 dimissione

Non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto 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, codice fiscale e/o codice sanitario, qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank)
- 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

#### 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 3,4,9)

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
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	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	OIU V
53-72	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
73-88	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
89-104	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU 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
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	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	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	FAC
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) 3 = Ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN 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
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	OBB
39	Motivo del ricovero	AN	1	1=intervento chirurgico di elezione, 2=prima diagnosi, 3=ricovero successivo con stessa diagnosi, 9=altro	FAC
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 numerazione progressiva	OBB
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	4 = ICD9-CM 2002	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
66-70	Diagnosi concomitante 2	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
71-75	Diagnosi concomitante 3	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
76-80	Diagnosi concomitante 4	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
81-85	Diagnosi concomitante 5	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
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') 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 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	
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	
138	ERR04 Caratteristiche del ricovero	AN	1	0 = nessun errore 1 = regime ricovero assente o errato 2 = Reparto dimissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto 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	
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 contestazione per questo tipo di errore. 0 = nessun errore 1 = Importo assente non valorizzato come numerico 2 = Importo non corrispondente a DRG e tariffa	
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 3, 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.	
148-153	Campo vuoto	AN	6		
154-156	Campo vuoto	AN	3		



## 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 sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome e nome e data di nascita.

##### 1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice fiscale, del cognome e nome (la data di nascita a partire dai dati del 2002). Per identificativo errato si intende il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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

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

##### 3= 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..."

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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 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.

Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Data inizio da utilizzare nell'algoritmo	Data fine da utilizzare nell'algoritmo	Mesi di assistenza
10.02.2000	15.07.2000	01.02.2000	01.07.2000	5
10.02.2000	16.07.2000	01.02.2000	01.08.2000	6
20.02.2000	15.07.2000	01.03.2000	01.07.2000	4
20.02.2000	16.07.2000	01.03.2000	01.08.2000	5
10.02.2000	15.02.2000	01.02.2000	01.02.2000	0
10.02.2000	16.02.2000	01.02.2000	01.03.2000	1

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

#### Errori sulla data della prestazione (ERR08).

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

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

**Tracciato record File "B"**  
**MEDICINA GENERALE**

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB
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	OIU V
53-72	Nome dell'assistito	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
73-80	Data di nascita dell'assistito	AN	8	Formato GGMMAAAA (OIU V dai dati di attività del 2002)	FAC
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	OIU 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= 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 contenente 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:

AAC.rrr

dove:

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; codice sanitario regionale.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, 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 e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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 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.

### **Elenco prestazioni escluse dai LEA:**

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

#### Errori 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).

**Tracciato record File "C"  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE)**

**FILE C1 - dati anagrafici**

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

**FILE C2 - dati prestazioni sanitarie**

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11	FAC
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) Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro.	FAC
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" 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
31-38	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	OBB V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se 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.	OBB V
40-46	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori	OBB V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB V
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta.	OBB
52-58	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)	OBB
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.	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	
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 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
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)	
76	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
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'



## 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.

### ERRORI CONTESTABILI

#### Errori anagrafici (ERR01).

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

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza della prestazione.

### 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: OSSIGENO;
- per i preparati galenici la codifica: GAL
- per i vaccini iposensibilizzanti la codifica: IPO

### Errori nelle righe/record (ERR05)

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

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

### Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

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'

Dal 1° gennaio 2001 il ticket è stato abolito; tuttavia da settembre 2001 sono stati introdotti i farmaci generici che possono essere acquistati in sostituzione di altri più costosi. Perciò, per l'attività del 2001, tale campo Importo ticket deve contenere 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.

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)

## 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
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 prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscole	OIU V
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscole	OIU V
79-94	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95-110	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	FAC
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
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 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)	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
39-48	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco distribuito.	OBB V
49-51	Quantità	N	3		OBB V
52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	1= esente da ticket 2 = non esente da ticket 3 = pagamento quota ricetta	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)	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.	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	
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 MINSAN10)	
73	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
74	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
75	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn)	
76	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
77	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
78	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
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'

## 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

### 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; codice sanitario regionale.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, 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 e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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 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
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 STS.11	FAC
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
79-94	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
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
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 STS.11	FAC
13-17	Diagnosi	AN	5	Codifica ICD-9	FAC
18-33	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)	FAC
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 se si utilizzano codifiche regionali.	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: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	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 ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn)	
76	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
80	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
83-102	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
103-105	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'



## FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F)

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. Per i farmaci somministrati in regime di ricovero non può essere richiesto nessun rimborso. L'unica eccezione è stabilita per i farmaci somministrati ad assistiti emofilici ed è determinata dall'alto costo dei farmaci utilizzati.

Farmaci classificati in fascia H: trattasi di farmaci che, destinati ad un uso ospedaliero, sono somministrati quotidianamente per trattamenti prolungati anche a domicilio.

Farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della legge 23 dicembre 1996, n. 648: comprendono farmaci la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, farmaci non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate. Detti medicinali, da utilizzare qualora non esista valida alternativa terapeutica, sono indicati in un apposito elenco istituito con provvedimento CUF 17 gennaio 1997 e periodicamente aggiornato dalla Commissione Unica del Farmaco. Per la codifica di questi farmaci si utilizzano i primi dieci caratteri del principio attivo.

Farmaci utilizzati e forniti in regime di day-hospital: le tariffe di rimborso delle prestazioni di day-hospital sono comprensive anche dei farmaci eventualmente somministrati; per i pazienti trattati in tale regime il D.P.R. 20 ottobre 1992 prevede che possano essere forniti farmaci da utilizzare al domicilio, nell'ambito di cicli di cura programmati.

Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale: 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. Pertanto è 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 previsti dal Decreto Ministro della Sanità del 5 novembre 1996, riportati in tabella.

Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico: trattasi di farmaci che, nel caso di distribuzione da parte di strutture pubbliche, vanno inseriti nel tracciato record File "F" e sono indicati in particolare nell'allegato 2 e nella nota n. 58 C.U.F. (ossigeno liquido e gassoso) di cui al Decreto del 22/12/2000, pubblicato nel Supplemento Ordinario n.7 del 10/01/2001 e successive modifiche.

Medicinali antiblastici: farmaci previsti al comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n° 448, per il solo utilizzo domiciliare.

Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici: i codici Minsan10 della relativa tabella saranno aggiornati dalla Regione responsabile del coordinamento sulla base delle segnalazioni che perverranno dalle singole Regioni.

Farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura: sono i farmaci consegnati alla dimissione per il primo ciclo di cura (art. 8, lettera C, legge 405/2001). L'introduzione di questi farmaci avverrà a partire dai dati di attività dell'anno 2003.

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 la codifica: OSSIGENO;

- per i preparati iposensibilizzanti la codifica: IPO
- per i preparati galenici la codifica: GAL

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

Prodotti previsti dal D.M. del 5 novembre 1996 e dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003

<b>Codice</b>	<b>Descrizione accordo Stato/Regioni</b>	<b>Tariffa Euro</b>
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 <sup>a</sup> potenza piastrine)	23,00
99744	Concentrato piastrinico da pool di buffy coat (2,5*10 elevato alla 11 <sup>a</sup> potenza piastrine)	115,00
99742	Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 elevato alla 11 <sup>a</sup> potenza piastrine)	438,00
99743	Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente (2*10 elevato alla 11 <sup>a</sup> potenza piastrine)	288,00
99746	Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 elevato alla 10 <sup>a</sup> 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

## Farmaci somministrabili in regime di ricovero ad assistiti emofilici

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719052	BEBULIN TIM 3*600 IV 1FL+SOLV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719064	BEBULIN TIM 3*240 IV 1FL+SOLV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719076	BEBULIN TIM 3*FL LIOF 600UI+SV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719088	BEBULIN TIM 3*EV FL 240UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720041	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL250UI+FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720054	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL500UI+FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720066	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL1000UI+F
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022985028	PRECONATIV*IV1FL 500UI+1FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308113	UMAN CRY D I*1FL LIOF 500UI+SO
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308125	UMAN CRY D I*FL LIOF 250UI+SOL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308137	UMAN CRY D I*FL LIOF 100UI+SOL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308149	UMAN CRY D I*FL LIOF 1000UI+SV
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023308152	UMAN CRY D.I.*IV 500UI+10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023308164	UMAN CRY D.I.*IV 250UI+ 5ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308176	UMAN CRY D I*FL IV 100UI
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023308188	UMAN CRY D.I.*IV 1000UI+10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553047	KOATE HS*250 IV 1FL+1FL 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553050	KOATE HS*500 IV 1FL+1FL 20ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553062	KOATE HS*1000 IV 1FL+FL 40ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554076	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 100UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554088	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 250UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554090	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 500UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564141	EMOCLOT D I*FL LIOF 100UI+SOLV
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023564154	EMOCLOT D.I.*FL 250UI+FL 5ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023564166	EMOCLOT D.I.*FL 500UI+FL10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	023564178	EMOCLOT D.I.*FL1000UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564180	EMOCLOT D I*FL LIOF 3000UI+SV
B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII	024744043	FEIBA TIM 3* 500 IV 1 FL+1 F
B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII	024744056	FEIBA TIM 3*1000 IV 1 FL+1 F
B02BD05	fattore VII di coagulazione	024748030	PROVERTIN UM TIM 3*200 IV F+SV
B02BD05	Fattore VII di coagulazione	024748042	PROVERTIN-UM TIM 3*500 IV1FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	025489028	VUEFFE*IM IV OS 6F 2ML
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	025841077	AIMAFIX DI*FL 200 UI+FL 5 ML
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	025841089	AIMAFIX DI*FL 500 UI+FL 10ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	025841091	AIMAFIX D I*1FL 800 UI+ SOLV
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	025841103	AIMAFIX DI*FL 1000UI+FL 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026223026	LIO CRIO*IV FL 500UI+FL20 ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600015	HAEMATE P*FL 250UI+F SOLV+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600027	HAEMATE P*FL 500UI+F SOLV+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600039	HAEMATE P*FL 1000UI+F SOLV+SET
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	026600041	HAEMATE P*IV FL1000UI+FL+SET
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	026600054	HAEMATE P*IV FL 500UI+FL+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600066	HAEMATE P*FL LIOF 250UI+SOLV+S
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	027128014	HEMOPIL M*IV 1FL 1000UI+1 FL
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	027128026	HEMOPIL M*IV 1FL 500UI+1 FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	027128038	HEMOPIL M*FL 250UI+FL 10 ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142014	MONONINE*FLINO

			250UI+SOLV2,5ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142026	MONONINE*FLINO 500UI+SOLV 5ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142038	MONONINE*FLINO 1000UI+SOLV10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	028687010	RECOMBIMATE*IV 1 FL 250 UI
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	028687022	RECOMBIMATE*IV 1 FL 500 UI
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	028687034	RECOMBIMATE*IV 1 FL 1000 UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029117013	IMMUNINE STIM PLUS*FL200UI+SET
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	029117025	IMMUNINE STIM PLUS*FL 600UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029117037	IMMUNINE STIM PLUS*FL 1200 UI+
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029225012	IMMUNATE STIM PLUS*FL250UI+KIT
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029225024	IMMUNATE STIM PLUS*FL500UI+KIT
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	029225036	IMMUNATE STIM PLUS*FL 1000UI
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	029250014	ALPHANINE*IV 1 FL 1500 UI +F
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250026	ALPHANINE*SIR DOPPIA 500 UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250038	ALPHANINE*SIR DOPPIA 1000 U.I.
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	029250040	ALPHANINE*IV 1 FL 500 UI +F
B02BD04	Fattore IX di coagulazione	029250053	ALPHANINE*IV 1 FL 1000 UI +F
B02BD08	eptacog alfa (attivato)	029447012	NOVOSEVEN*FL 60 KUI/1,2MG
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615010	KOGENATE*FL LIOF 250 UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615022	KOGENATE*FL LIOF 500UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615034	KOGENATE*FL LIOF 1000UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615046	KOGENATE*10 FL LIOF 250UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615059	KOGENATE*10 FL LIOF 500UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615061	KOGENATE*10FL LIOF 1000UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998015	HELIXATE*FL 250UI+FL 2,5ML+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998039	HELIXATE*FL 500UI+FL 5ML+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998054	HELIXATE*FL 1000UI+FL 10ML+SET
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033077013	ALPHANATE*IV 1FL 250UI+FL5ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033077025	ALPHANATE*IV 1FL 500UI+FL5ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033077037	ALPHANATE*IV1FL1000UI+FL10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033077049	ALPHANATE*IV1FL1500UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077052	ALPHANATE*F SIR 250UI/4,6ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077064	ALPHANATE*F SIR 500UI/4,6ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077076	ALPHANATE*F SIR 1000UI/4,6ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535016	BENEFIX*IV FL 250 UI + F 4ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535028	BENEFIX*IV FL 500 UI + F 4ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535030	BENEFIX*IV FL 1000UI + F 4ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033657014	BERIATE P*FL 250UI+SOLV+TRAN+F
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033657026	BERIATE P*IV 1FL 500UI+F+SET
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033657038	BERIATE P*IV 1FL1000UI+F+SET
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033866017	FANHDI*IV 1F 250UI + F 10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033866029	FANHDI*IV 1F 500UI + F 10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	033866031	FANHDI*IV 1F1000UI+ F 10ML
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034421014	REFACTO*IV 1 FL 250 UI + FL
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034421026	REFACTO*IV 1 FL 500 UI + FL
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034421038	REFACTO*IV 1 FL 1000 UI + FL
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034955017	KOGENATE BAYER*IV 1FL250UI+F

B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034955029	KOGENATE BAYER*IV 1FL500UI+F
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034955031	KOGENATE BAYER*IV 1FL1000UIF
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034956019	HELIXATE NEXGEN*IV FL250UI+F
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034956021	HELIXATE NEXGEN*IV FL500UI+F
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione	034956033	HELIXATE NEXGEN*IV FL1000UIF

Farmaci oncologici: La Commissione Salute del 2 aprile 2009 relativamente ai farmaci oncologici ad alto costo ha stabilito che, per quanto riguarda l'attività degli anni 2008 e 2009, le Regioni che saranno in grado di scorporare il farmaco dalla prestazione avranno la facoltà di addebitarlo in mobilità nel file F secondo le regole vigenti al proprio interno. Pertanto, si potrà addebitare sia una prestazione ambulatoriale con l'aggiunta del farmaco nel file F, sia un DH con l'aggiunta del farmaco nel file F con tariffa abbattuta. A tal fine dovranno essere prodotti gli atti regionali dai quali si evincono le regole utilizzate.

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 sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita; codice sanitario regionale.

#### 1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, 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 e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

#### 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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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 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

### 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 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
4-6	Az. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
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	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario dell'utente	OIU V
97-112	Codice fiscale	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	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
4-6	Az. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	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) 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
41-50	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco.	OBB V
51-53	Quantità	N	3		OBB V
54-55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	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
63-70	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



71	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
72	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
73	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	
74	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)	
75	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
76	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	
77	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)	
78	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn )	
79	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	
80	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
81	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82-101	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
102-104	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'

## 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.

### 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; codice sanitario regionale.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, 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 e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

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 tributaria. 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 sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, 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 al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza 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

#### 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
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	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
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	Campo vuoto		2		
149-156	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	OBB V
157	Tipologia di soccorso	AN	1	A = ambulanza E = elisoccorso	OBB V
158-164	Campo vuoto	AN	7		
165-167	Quantità	N	3	1 di default.	OBB V
168-169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=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') <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
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	
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 2008**

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.

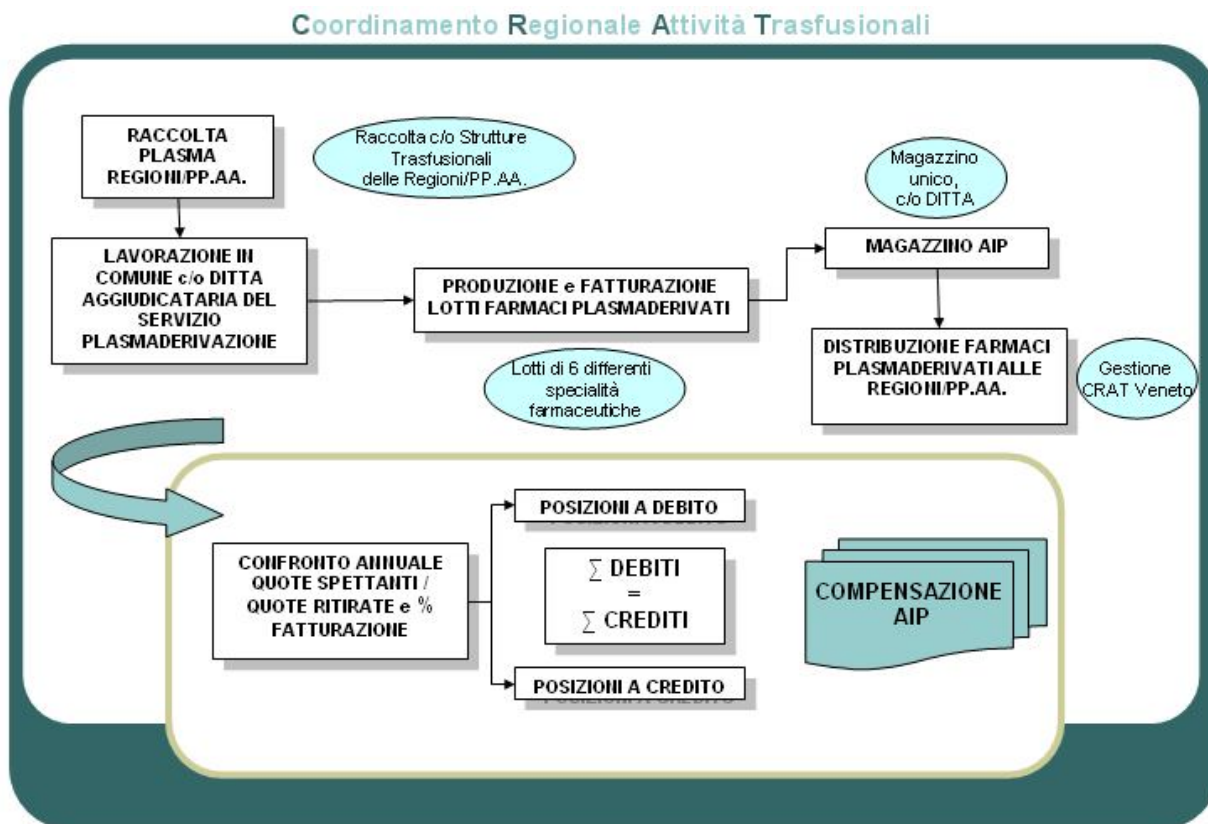
In particolare, la logica del meccanismo della compensazione interregionale prevede un periodico (anno solare) confronto tra i volumi di specialità farmaceutiche plasmaderivate di titolarità di ogni Regione/PP.AA. ed i volumi di ritiro di tali specialità farmaceutiche plasmaderivate rilevati nello stesso 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
VALLE D'AOSTA		•••••																						0	0	0
LOMBARDIA			•••••																					0	0	0
P.A. BOLZANO				•••••																				0	0	0
P.A. TRENTO					•••••																			0	0	0
VENETO						•••••																		0	0	0
FRIULI V. GIULIA							•••••																	0	0	0
LIGURIA								•••••																0	0	0
EMILIA ROMAGNA									•••••															0	0	0
TOSCANA										•••••														0	0	0
UMBRIA											•••••													0	0	0
MARCHE												•••••												0	0	0
LAZIO													•••••											0	0	0
ABRUZZO														•••••										0	0	0
MOLISE															•••••									0	0	0
CAMPANIA																•••••								0	0	0
PUGLIA																	•••••							0	0	0
BASILICATA																		•••••						0	0	0
CALABRIA																			•••••					0	0	0
SICILIA																				•••••				0	0	0
SARDEGNA																					•••••			0	0	0
BAMBINO GESU'																						•••••		0	0	0
TOTALE DEBITI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE CREDITI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SALDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# **TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2008 secondo HCFA-DRG Versione 19**

## ***Premessa***

La tariffa TUC 2006, incrementata del 1,7% (tasso di inflazione programmato del 2008) ha rappresentato la base di partenza per l'aggiornamento della **TUC 2008**. Tale incremento è stato applicato a tutte le tariffe DRG specifiche e relative tariffe prodie, alle tariffe giornaliere per l'attività post acuzie, alle tariffe previste per l'attività trapiantologica e protesica individuata dal testo TUC e alle quote previste per il prelievo di organi.

La TUC non viene applicata all'attività dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù. 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.

La TUC 2008 si basa su 506 DRG raggruppati secondo 4 classi di DRG:

### **Alta complessità (72 raggruppamenti finali –DRG )**

L'analisi per l'identificazione di tali DRG ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992. Il lavoro, per la TUC 2004, ha tenuto anche conto di quanto già attribuito alla categoria "alta specialità" dalla Tariffa Unica Convenzionale 2003.

Dai 60 DRG della versione 10° del grouper, si è passati con l'aggiornamento della 19° versione a 72 DRG .

### **Allegato 2C DPCM 29/11/2001 (43 raggruppamenti finali –DRG )**

Rappresenta un elenco di DRG che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, ossia "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'aggiornamento della versione del grouper (passaggio dalla 10° versione alla 19° versione) ha eliminato il DRG 222, appartenente all'allegato 2C, che viene sostituito dal DRG 503.

### **Eventi sentinella (53 raggruppamenti finali –DRG)**

Rappresentano 53 DRG di tipo medico per i quali potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistico. A partire dal 2003 non si effettuano le contestazioni sugli eventi sentinella data l'introduzione della TUC.

### **Restanti DRG (338 raggruppamenti finali –DRG)**



## Regole di applicazione

- Per l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova: per i DRG appartenenti all'alta complessità è previsto un incremento del 5%; per i restanti DRG è previsto un aumento del 15%. A cui 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  $15+7=22\%$
- Per l'Istituto Ortopedico Rizzoli 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/lundodegenza; 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 € 2.524,12, poi si aggiungono € 12.192,61 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 di diagnosi secondarie).

### DRG per i quali è prevista un’aggiunta tariffaria

#### **Protesi cocleare**

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) **tariffa aggiuntiva € 22.188,77**

#### **Stimolatore cerebrale**

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) **tariffa aggiuntiva € 16.542,85**

#### **Ombrello atriale settale**

(codice intervento 35.52) associato al DRG 108; **tariffa aggiuntiva € 5.166,36**

#### **Protesi d’anca**

(codice intervento 81.53 oppure 81.55) associato al DRG 209; **tariffa aggiuntiva € 1.343,25**

#### **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 € **15.255,00**

#### **Pompe di infusione**

(codice intervento 86.06 associato alle diagnosi 781.0 o 348.1, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 **tariffa aggiuntiva** pari a € **5.085**

#### **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 € **2.524,12** alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.192,61 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva di € 12.192,61**)

## **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 € **7.627,50**

### **Ciber knife**

(codice intervento 92.31) ***tariffa per caso trattato*** pari a € **7.627,50**

### **Interventi per obesità**

(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.39 o 44.5 o 44.69 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 ***tariffa per caso trattato*** pari a € **4.060,89**

## **Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 19**

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

Per i DRG non chirurgici, esclusi i DRG 124, 125, 323, e per i chirurgici di alta complessità la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa specifica per DRG riportata nella colonna (b) solo per modalità di dimissione= 1 e 6. Per i restanti casi tale tariffa non dovrà essere duplicata.

### **•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 d) e la tariffa "pro die" della colonna (e).

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 qualora il DRG sia di tipo non chirurgico. 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 dell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 (tariffa DRG specifica a caso trattato)

### **•TARIFFE 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 2.605,55 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 328,49.

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 2.934,05. 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 2.605,55.

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 2.934,05.

L'addebito deve essere effettuato **aggiungendo** l'importo convenzionale di **Euro 2.934,05** o di **Euro 2.605,55** 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 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 € 2.524,12

#### **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 € 244.673,64

#### **TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO**

Codice di intervento 46.97

Tariffa specifica € 169.697,36

#### **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 € 60.963,05

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**  
**ANNO 2006 e gennaio 2007 per donatori consanguinei e non consanguinei e dal 1°**  
**febbraio 2007 solo per donatori consanguinei**

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 37.197,79. 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 85.761,58.

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 1.330,24.

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**  
**A PARTIRE DAL 1° FEBBRAIO 2007 per donatori non consanguinei**

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

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

**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 37.197,79. 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 85.761,58.

**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, il saldo derivante da anticipi e fatture sarà poi indicato nell'apposita colonna che verrà aggiunta nel modello H.





**Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo  
e Banche di Sangue Cordonale**

Italian Bone Marrow Donor Registry

**TARIFFARIO PER LE PRESTAZIONI, RESE PER IL TRAMITE DELL' IBMDR, PER LA RICERCA E REPERIMENTO DI CELLULE  
STAMINALI EMATOPOIETICHE DA NON CONSANGUINEO.**

(decorrenza: **1 febbraio 2007**).

<p>1 Ricerca preliminare e attivazione Al centro richiedente è fornito un elenco delle tipizzazioni dei donatori adulti e /o unità di sangue cordonale (SCO) compatibili (secondo i criteri stabiliti dall'IBMDR) e disponibili per il paziente in oggetto.</p>	gratuita
<p>2 Identificazione di specificità subtipiche HLA di classe I La caratterizzazione HLA-AB "splits" dei donatori riscontrati AB "broad" compatibili sarà eseguita, di norma, con tecniche di biologia molecolare.</p>	€ 101,48
<p>3 Tipizzazione HLA classe II 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>). NB: la tipizzazione per gli antigeni di classe I non è, generalmente, ripetuta in questa occasione. Nel caso in cui sia ripetuta e risulti discrepante dalla precedente, l'esame è comunque da terminare e addebitare. Contattato il donatore e concordata la data per l'esecuzione dell'esame la prestazione è comunque addebitata anche se il centro richiedente sospende la ricerca, a condizione che il risultato pervenga entro 30 gg. dalla notifica di sospensione.</p>	€ 213,34
<p>4 Tipizzazione genomica DRB1*, DRB*3/4/5 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. 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. Su singola richiesta possono essere erogate le seguenti prestazioni, tutte da eseguirsi con tecniche di biologia molecolare:</p>	€ 311,57
<p>HLA-A</p>	€ 101,48
<p>HLA-B</p>	€ 101,48
<p>HLA-C</p>	€ 101,48
<p>DQA1</p>	€ 178,38
<p>DQB1</p>	€ 178,38
<p>DPA1</p>	€ 155,29
<p>DPB1</p>	€ 188,71
<p>*ABO e Rh</p>	€ 7,74
<p>*CMV (IgG+IgM)</p>	€ 16,53
<p>5 Campioni di sangue o DNA per gli esami finali di compatibilità</p>	
<p>5.1 Raccolta dei campioni da donatore adulto 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.</p>	€ 441,33
<p>5.2 Fornitura campioni di DNA da unità di sangue cordonale A causa della disponibilità limitata di tali campioni, è da verificarsi la fattibilità dell'invio.</p>	€ 441,33

<p>5.3 Spedizione dei campioni 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. 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.</p>	varie
<p>6 Raccolta di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da sangue midollare</p> <p>6.1 Preliminari connessi al prelievo 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).</p> <p>6.2 Raccolta di CSE da sangue midollare <i>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.</i></p> <p>6.3 Tutela del donatore <i>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.</i></p> <p>Costo totale della procedura di prelievo di CSE midollari</p> <p>6.4 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>€ 399,79</p> <p>€ 16.096,25</p> <p>€ 503,96</p> <p>€ 17.000,00</p> <p>varie</p>
<p>7 Raccolta di CSE da periferico, dopo somministrazione di fattore di crescita</p> <p>7.1 Preliminari connessi alla raccolta 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)</p>	<p>€ 688,91</p> <p>€ 1.704,70</p>

<p>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>	€ 13.728,65
<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>	€ 877,74
<p>Costo totale della procedura di raccolta</p>	€ 17.000,00
<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>	varie
<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>	€ 17.000,00
<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>	varie
<p>9 Cancellazione / rinvio del trapianto A fronte di una prescrizione formale di fornitura di CSE se il trapianto è annullato o rinviato, un onere è comunque addebitato a chi sostiene economicamente la ricerca. 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>	€ 1.227,87
<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>	€ 398,96
<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>	€ 324,54
<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>	€ 1.227,87

<p>10 Leucocitoafèresi non stimolata, successiva alla donazione di CSE 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 Prevede l'utilizzo dell'unità di aferesi, 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>€ 538,00</p>
<p>10.2 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>varie</p>

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI  
HCFA-DRG Versione 19° anno 2008**

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
Alta complessità	1	C	001 C-CRANIOTOMIA ETA'>17, ECCEPPO PER TRAUMATISMO	10.747,45	2.172,98	2.172,98	57	266,81
Alta complessità	1	C	002 C-CRANIOTOMIA ETA'>17, PER TRAUMATISMO	9.711,39	2.943,01	2.943,01	34	312,71
Alta complessità	1	C	003 C-CRANIOTOMIA ETA'<18	10.070,64	2.031,03	2.031,03	54	312,71
Alta complessità	1	C	004 C-INTERVENTI SU MIDOLLO SPINALE	7.308,79	1.830,92	1.830,92	47	169,70
	1	C	005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI	4.893,47	3.914,78	3.914,78	31	271,09
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	C	006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	900,66	900,66	900,66	11	287,10
Alta complessità	1	C	007 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. CON CC	8.195,16	1.369,31	1.369,31	83	214,52
	1	C	008 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. NO CC	2.862,44	2.289,95	2.289,95	25	176,63
	1	M	009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	4.644,79	227,12	227,12	41	236,40
	1	M	010 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	4.327,73	292,97	292,97	63	252,95
	1	M	011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	2.831,33	274,28	274,28	50	231,06
	1	M	012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	3.542,11	192,11	192,11	48	206,51
	1	M	013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	2.337,81	189,12	189,12	43	209,72
	1	M	014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPPO A.I.T.	3.448,67	197,66	197,66	52	202,78
	1	M	015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	2.160,45	192,11	192,11	24	204,38
sentinella	1	M	016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	3.253,07	208,75	208,75	41	213,98
sentinella	1	M	017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC	2.334,78	184,00	184,00	37	137,67
sentinella	1	M	018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	2.689,54	204,49	204,49	37	210,78
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	M	019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC	1.303,67	197,66	197,66	33	157,42
	1	M	020 M-INFEZIONI SISTEMA NERV., ECCEPPO MENINGITE VIRALE	4.809,90	264,25	264,25	55	188,91

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	1	M	021 M-MENINGITE VIRALE	2.667,58	201,50	201,50	31	146,20
	1	M	022 M-ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	2.943,82	207,90	207,90	31	223,59
	1	M	023 M-STATO STUPOROSO E COMA NON TRAUMATICI	2.429,44	193,38	193,38	41	176,63
sentinella	1	M	024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 CON CC	2.221,22	224,98	224,98	31	219,33
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	M	025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC	1.166,44	202,77	202,77	25	161,68
	1	M	026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'<18	1.518,18	251,02	251,02	19	269,48
	1	M	027 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.COMA >1 ORA	3.965,31	261,69	261,69	37	252,41
	1	M	028 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 CON CC	3.700,42	255,29	255,29	31	262,02
	1	M	029 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 NO CC	1.888,76	220,71	220,71	14	228,93
	1	M	030 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'<18	1.237,39	302,68	302,68	7	302,58
	1	M	031 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 CON CC	1.837,50	351,35	351,35	25	336,72
	1	M	032 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 NO CC	1.231,05	299,69	299,69	11	176,10
	1	M	033 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'<18	972,50	347,93	347,93	7	348,46
sentinella	1	M	034 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	3.550,19	238,21	238,21	49	262,02
sentinella	1	M	035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	2.334,78	206,19	206,19	41	219,86
	2	C	036 C-INTERVENTI SULLA RETINA	2.937,69	2.350,14	2.350,14	24	191,04
	2	C	037 C-INTERVENTI SULL'ORBITA	3.477,19	2.781,75	2.781,75	28	249,74
	2	C	038 C-INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	2.021,96	1.617,57	1.617,57	17	230,52
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.124,75	1.124,75	1.124,75	14	251,34
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCEPTE L'ORBITA, ETA'>17	1.155,60	1.155,60	1.155,60	11	270,01
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCEPTE L'ORBITA, ETA'<18	1.072,89	1.072,89	1.072,89	7	271,09
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCEPTE RETINA, IRIDE, CRISTALLINO	1.893,08	1.893,08	1.893,08	21	202,78

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	2	M	043 M-EMORRAGIA SUB-CONGIUNTIVALE (IFEMA)	1.023,75	199,36	199,36	14	184,10
	2	M	044 M-INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	2.095,14	203,20	203,20	27	156,88
	2	M	045 M-MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	1.969,04	245,89	245,89	25	255,07
sentinella	2	M	046 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 CON CC	2.059,41	237,36	237,36	29	250,27
sentinella	2	M	047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 NO CC	1.557,80	220,28	220,28	23	232,66
	2	M	048 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'<18	1.438,80	262,55	262,55	15	291,36
Alta complessità	3	C	049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	7.910,46	2.050,24	2.050,24	71	201,71
	3	C	050 C-SIALOADENECTOMIA	2.791,47	2.233,17	2.233,17	24	230,52
	3	C	051 C-INTERV. GHIANDOLE SALIVARI, ECCETTO SIALOADENECTOMIA	2.446,74	1.957,39	1.957,39	17	227,86
	3	C	052 C-RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	2.461,14	1.968,91	1.968,91	18	218,26
	3	C	053 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'>17	2.310,65	1.848,52	1.848,52	17	201,71
	3	C	054 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'<18	2.160,17	1.728,13	1.728,13	21	165,43
allegato 2C DPCM 29/11/2001	3	C	055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1.548,49	1.548,49	1.548,49	14	227,86
	3	C	056 C-RINOPLASTICA	1.818,64	1.454,91	1.454,91	14	217,72
	3	C	057 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO SOLO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA'>17	1.531,55	1.225,23	1.225,23	11	194,25
	3	C	058 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA'<18	1.448,30	1.158,63	1.158,63	5	260,41
	3	C	059 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA'>17	1.052,86	842,28	842,28	7	183,57
	3	C	060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA'<18	697,46	557,97	557,97	5	234,27
	3	C	061 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA'>17	2.440,33	1.952,26	1.952,26	15	375,68
	3	C	062 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA'<18	1.394,93	1.115,93	1.115,93	7	304,70
	3	C	063 C-ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.359,80	2.687,83	2.687,83	24	210,25
	3	M	064 M-NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.091,69	292,97	292,97	37	235,86
allegato 2C DPCM 29/11/2001	3	M	065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO	1.166,01	202,77	202,77	24	220,38

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
	3	M	066 M-EPISTASSI	1.412,94	227,96	227,96	17	175,03
	3	M	067 M-EPIGLOTTITE	1.574,42	296,27	296,27	17	270,01
sentinella	3	M	068 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 CON CC	2.076,92	222,42	222,42	27	250,80
sentinella	3	M	069 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 NO CC	1.483,95	198,93	198,93	17	217,72
	3	M	070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA<18	1.196,57	218,14	218,14	11	192,64
	3	M	071 M-LARINGOTRACHEITE	1.467,83	214,31	214,31	11	256,14
	3	M	072 M-TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	1.732,72	306,08	306,08	14	294,56
sentinella	3	M	073 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA>17	1.770,82	256,99	256,99	17	266,81
	3	M	074 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA<18	1.211,08	299,69	299,69	7	283,90
Alta complessità	4	C	075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	8.335,44	1.974,99	1.974,99	48	227,33
Alta complessità	4	C	076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	7.894,04	1.250,85	1.250,85	64	220,92
	4	C	077 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO NO CC	2.770,11	2.216,09	2.216,09	45	210,78
	4	M	078 M-EMBOLIA POLMONARE	3.773,90	202,77	202,77	55	211,31
	4	M	079 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 CON CC	5.860,89	192,12	192,12	79	209,19
sentinella	4	M	080 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 NO CC	4.022,78	167,35	167,35	92	192,10
	4	M	081 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA<18	3.792,94	269,81	269,81	41	300,43
	4	M	082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	3.347,96	213,45	213,45	47	173,43
	4	M	083 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC	2.123,73	236,08	236,08	24	233,73
	4	M	084 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE NO CC	1.291,38	219,43	219,43	17	225,73
	4	M	085 M-VERSAMENTO PLEURICO CON CC	3.838,76	207,05	207,05	51	235,86
	4	M	086 M-VERSAMENTO PLEURICO NO CC	3.375,18	201,07	201,07	48	144,08
	4	M	087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2.778,25	223,70	223,70	31	221,99
sentinella	4	M	088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	2.385,15	169,48	169,48	31	186,76



Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
sentinella	4	M	089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 CON CC	3.280,81	198,51	198,51	38	217,72
sentinella	4	M	090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 NO CC	2.189,20	160,09	160,09	31	128,60
	4	M	091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'<18	1.710,49	200,22	200,22	17	229,99
	4	M	092 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC	4.127,70	190,82	190,82	44	208,65
	4	M	093 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE NO CC	2.743,78	181,86	181,86	39	202,78
	4	M	094 M-PNEUMOTORACE CON CC	3.767,55	210,46	210,46	41	225,73
	4	M	095 M-PNEUMOTORACE NO CC	1.980,83	178,02	178,02	24	191,04
sentinella	4	M	096 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 CON CC	1.962,52	183,56	183,56	28	197,98
sentinella	4	M	097 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 NO CC	1.540,72	162,65	162,65	27	134,47
	4	M	098 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'<18	1.350,80	208,75	208,75	17	240,13
sentinella	4	M	099 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI CON CC	2.129,01	180,59	180,59	41	118,99
sentinella	4	M	100 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI NO CC	1.579,57	167,77	167,77	37	111,52
sentinella	4	M	101 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO CON CC	2.476,51	229,68	229,68	34	242,27
sentinella	4	M	102 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO NO CC	1.486,92	213,02	213,02	25	231,06
Alta complessità	5	C	103 C-TRAPIANTO CARDIACO	62.104,83			70	597,67
Alta complessità	5	C	104 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARD.	21.888,39	12.445,76	12.445,76	48	696,93
Alta complessità	5	C	105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARD.	17.610,17	7.483,77	7.483,77	38	323,39
Alta complessità	5	C	106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA	22.203,27	17.762,61	17.762,61	52	676,12
Alta complessità	5	C	107 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	17.730,48	4.772,34	4.772,34	29	294,56
Alta complessità	5	C	108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI	12.914,07	4.225,90	4.225,90	32	385,81
Alta complessità	5	C	109 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	14.675,11	3.691,72	3.691,72	29	294,56
Alta complessità	5	C	110 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	11.585,16	2.905,14	2.905,14	61	292,43
Alta complessità	5	C	111 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	7.102,74	1.995,80	1.995,80	45	239,07

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	5	C	113 C-AMPUT. PER DISTURBI CIR.ECETTO AMP. ARTO SUP. E DITA PIEDE	9.764,55	7.811,64	7.811,64	87	221,45
	5	C	114 C-AMPUT.ARTO SUP.E DITA PIEDE, PER MALATTIE APPAR.CIRCOLATOR.	6.657,70	5.326,15	5.326,15	82	243,88
Alta complessità	5	C	115 C-PACEMAKER PERMANENTE CON IMA, INSUF.CARDIACA O SHOCK	12.025,41	6.006,65	6.006,65	41	451,46
	5	C	116 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD.PERMANENTE CON ALTRE PATOL.	7.172,67	5.738,13	5.738,13	24	374,07
	5	C	117 C-REVISIONE PACEMAKER CARD. ECETTO SOSTITUZIONE	5.034,36	4.027,48	4.027,48	28	308,45
	5	C	118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	6.670,50	5.336,39	5.336,39	32	268,42
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	C	119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.471,24	1.471,24	1.471,24	14	252,95
	5	C	120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	6.846,61	5.477,28	5.477,28	65	322,85
	5	M	121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL.CARDIOVASC. VIVI	4.289,18	244,19	244,19	32	245,47
	5	M	122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI	3.416,01	242,06	242,06	26	242,27
	5	M	123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA, DECEDUTI	3.083,52	359,89	359,89	27	315,37
	5	M	124 M-MALATTIE CARDIOVASC. NO IMA,CON CATETERISMO CARD. E DIAG.CC	3.741,88	2.993,50	2.993,50	37	373,02
	5	M	125 M-MALATTIE CARDIOVASC.ECETTO IMA,CON CATETER.CARD.DIAG.NO CC	1.795,17	1.436,13	1.436,13	14	254,53
	5	M	126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	7.340,97	216,87	216,87	98	232,12
	5	M	127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	2.715,21	196,80	196,80	34	205,44
	5	M	128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	2.309,70	174,61	174,61	31	189,97
	5	M	129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	3.548,90	273,65	273,65	56	207,58
sentinella	5	M	130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	2.913,66	206,19	206,19	48	220,92
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	1.320,40	186,98	186,98	39	204,38
sentinella	5	M	132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	2.505,54	205,77	205,77	34	156,35
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	133 M-ATEROSCLEROSI NO CC	1.163,11	190,82	190,82	34	143,54
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	134 M-IPERTENSIONE	1.041,41	193,82	193,82	27	153,15

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
	5	M	135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'>17 CON CC	2.672,12	218,57	218,57	34	220,38
	5	M	136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'>17 NO CC	1.830,70	197,23	197,23	35	217,18
	5	M	137 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'<18	2.811,36	383,79	383,79	19	367,67
	5	M	138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	2.838,58	265,53	265,53	31	287,10
	5	M	139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	1.663,77	201,50	201,50	25	216,12
	5	M	140 M-ANGINA PECTORIS	1.914,16	203,63	203,63	24	218,26
	5	M	141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	2.122,36	217,72	217,72	27	162,22
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	1.099,76	200,64	200,64	21	147,81
sentinella	5	M	143 M-DOLORE TORACICO	1.855,35	315,90	315,90	19	350,06
sentinella	5	M	144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	3.260,33	237,36	237,36	37	242,80
sentinella	5	M	145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	2.219,51	208,33	208,33	41	225,73
Alta complessità	6	C	146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC	9.496,54	1.900,81	1.900,81	66	221,45
Alta complessità	6	C	147 C-RESEZIONE RETTALE NO CC	6.633,15	1.501,66	1.501,66	54	202,78
Alta complessità	6	C	148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	9.989,05	1.945,65	1.945,65	65	246,00
Alta complessità	6	C	149 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	5.839,51	1.341,05	1.341,05	49	153,68
	6	C	150 C-LISI ADERENZE PERITONEALI CON CC	5.729,69	4.583,75	4.583,75	41	251,87
	6	C	151 C-LISI ADERENZE PERITONEALI NO CC	3.076,97	2.461,58	2.461,58	26	194,78
	6	C	152 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	5.145,35	4.116,28	4.116,28	48	215,58
	6	C	153 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	3.607,94	2.886,34	2.886,34	34	206,51
	6	C	154 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'>17 CON CC	10.500,93	8.400,78	8.400,78	67	279,09
	6	C	155 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'>17 NO CC	5.054,63	4.043,70	4.043,70	48	192,10
Alta complessità	6	C	156 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'<18	5.333,52	1.146,26	1.146,26	24	248,14
	6	C	157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC	3.568,98	2.855,18	2.855,18	34	225,73

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	1.371,19	1.371,19	1.371,19	17	223,05
	6	C	159 C-INT. PER ERNIA,ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC	5.062,64	4.050,11	4.050,11	44	203,32
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC	1.852,67	1.852,67	1.852,67	27	199,58
	6	C	161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC	2.952,63	2.362,10	2.362,10	27	237,47
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC	1.434,43	1.434,43	1.434,43	14	215,05
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA<18	1.081,76	1.081,76	1.081,76	7	304,17
	6	C	164 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA CON CC	4.450,03	3.560,02	3.560,02	28	240,13
	6	C	165 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA NO CC	2.314,40	1.851,51	1.851,51	12	229,46
	6	C	166 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA CON CC	3.215,70	2.572,56	2.572,56	22	233,73
	6	C	167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	1.685,24	1.348,19	1.348,19	12	192,10
	3	C	168 C-INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	3.757,89	3.006,30	3.006,30	43	204,38
	3	C	169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA NO CC	2.575,35	2.060,27	2.060,27	23	202,24
	6	C	170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	7.310,88	5.848,71	5.848,71	64	251,87
	6	C	171 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE NO CC	4.055,66	3.244,52	3.244,52	44	220,38
	6	M	172 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	3.464,10	279,62	279,62	53	245,47
	6	M	173 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC	3.202,83	276,96	276,96	51	224,66
	6	M	174 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE CON CC	3.172,42	219,00	219,00	37	218,79
	6	M	175 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE NO CC	1.884,23	190,40	190,40	27	199,04
	6	M	176 M-ULCERA PEPTICA COMPLICATA	2.582,75	223,27	223,27	31	221,99
	6	M	177 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	2.565,07	184,42	184,42	34	191,04
	6	M	178 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA NO CC	1.746,78	178,02	178,02	27	140,87
	6	M	179 M-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	2.866,71	204,06	204,06	38	216,65

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	6	M	180 M-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	2.431,71	213,02	213,02	34	221,45
	6	M	181 M-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE NO CC	1.574,42	184,42	184,42	24	140,34
sentinella	6	M	182 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA>17 CON CC	2.060,27	195,52	195,52	31	155,28
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	M	183 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA>17 NO CC	1.160,99	188,69	188,69	25	153,68
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	M	184 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA<18	969,04	220,71	220,71	11	248,14
sentinella	3	M	185 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZ.E RIPARAZ, ETA>17	1.614,14	257,42	257,42	23	244,93
	3	M	186 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZ.E RIPARAZ, ETA<18	1.400,68	240,78	240,78	15	263,08
allegato 2C DPCM 29/11/2001	3	M	187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	857,40	306,95	306,95	11	262,02
sentinella	6	M	188 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 CON CC	2.739,92	221,57	221,57	39	225,73
sentinella	6	M	189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 NO CC	1.524,92	207,05	207,05	21	221,99
	6	M	190 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA<18	1.435,16	229,25	229,25	15	251,87
Alta complessità	7	C	191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	13.425,32	2.485,15	2.485,15	71	274,82
Alta complessità	7	C	192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT NO CC	8.301,98	1.529,41	1.529,41	59	221,99
Alta complessità	7	C	193 C-INT.BIL.ECCETTO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. CON CC	9.970,85	1.950,98	1.950,98	62	241,19
	7	C	194 C-INT.BIL.ECCETTO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. NO CC	6.771,90	5.417,52	5.417,52	57	240,67
	7	C	195 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. CON CC	7.168,92	5.735,15	5.735,15	50	213,98
	7	C	196 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. NO CC	4.679,49	3.743,59	3.743,59	46	141,41
	7	C	197 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. CON CC	5.899,57	4.719,65	4.719,65	48	207,58
	7	C	198 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. NO CC	3.106,02	2.484,82	2.484,82	27	201,18
	7	C	199 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	6.808,71	5.446,98	5.446,98	61	171,82
	7	C	200 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	6.438,37	5.150,70	5.150,70	45	289,76
	7	C	201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	8.807,20	7.045,76	7.045,76	86	334,05

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
sentinella	7	M	202 M-CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	3.384,56	263,83	263,83	41	256,67
	7	M	203 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O PANCREAS	3.090,33	282,83	282,83	51	226,25
sentinella	7	M	204 M-MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	2.723,70	200,22	200,22	37	210,25
sentinella	7	M	205 M-MAL.FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC.CON CC	3.115,60	225,40	225,40	42	250,27
sentinella	7	M	206 M-MAL.FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC. NO CC	1.977,02	223,70	223,70	41	225,19
sentinella	7	M	207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	2.831,70	209,62	209,62	37	201,18
allegato 2C DPCM 29/11/2001	7	M	208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	1.179,25	189,54	189,54	31	161,68
Alta complessità	8	C	209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	9.069,79	4.124,50	4.124,50	42	196,37
	8	C	210 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA'>17 CON CC	7.834,37	6.267,50	6.267,50	62	185,18
	8	C	211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA'>17 NO CC	4.406,80	3.525,44	3.525,44	37	183,03
	8	C	212 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA'<18	5.658,71	4.526,97	4.526,97	41	281,22
	8	C	213 C-AMPUTAZ. MALATTIE SIST.MUSCOLOSCHIELETICO E TESS.CONNETTIVO	6.048,28	4.838,61	4.838,61	82	163,83
	8	C	216 C-BIOPSIE SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	4.861,46	3.889,16	3.889,16	37	320,72
Alta complessità	8	C	217 C-SBRIGL.FERITE,TRAP.CUT.ECC.MANO MAL.SIST.MUSCOLO SCH.E T.CON	9.262,34	2.257,82	2.257,82	69	263,08
	8	C	218 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA'>17 CON CC	5.837,49	4.669,98	4.669,98	48	191,57
	8	C	219 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA'>17 NO CC	2.859,77	2.287,82	2.287,82	31	181,43
	8	C	220 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA'<18	2.636,18	2.108,94	2.108,94	24	210,78
	8	C	223 C-INTERV. MAG. SPALLA, GOMITO O ALTRI INT. ARTO SUP. CON CC	2.471,29	1.977,02	1.977,02	24	203,32
	8	C	224 C-INTERV. SPALLA, GOMITO/AVAMBR. ECCETTO INT.MAG.ART. NO CC	2.108,41	1.686,73	1.686,73	21	193,71
	8	C	225 C-INTERVENTI SUL PIEDE	2.351,21	1.880,97	1.880,97	21	234,80
	8	C	226 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	4.727,51	3.782,01	3.782,01	42	210,78
	8	C	227 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI NO CC	2.015,02	1.612,02	1.612,02	17	209,19
	8	C	228 C-INT. MAG.POLLICE O ARTICOLAZIONI O INT. MANO/POLSO CON CC	2.251,42	1.801,14	1.801,14	21	239,60
	8	C	229 C-INT. MANO O POLSO, ECCETTO INTERV.MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	1.581,70	1.265,35	1.265,35	11	201,71

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	8	C	230 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. ANCA E FEM.	2.385,37	1.908,29	1.908,29	21	155,28
	8	C	231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	2.405,11	1.924,08	1.924,08	17	238,00
allegato 2C DPCM 29/11/2001	8	C	232 C-ARTROSCOPIA	1.531,28	1.531,28	1.531,28	14	201,18
	8	C	233 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNET. CON CC	7.212,69	5.770,15	5.770,15	47	260,41
	8	C	234 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNET. NO CC	3.416,90	2.733,51	2.733,51	42	211,85
	8	M	235 M-FRATTURE DEL FEMORE	3.403,77	236,94	236,94	50	257,21
	8	M	236 M-FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	3.420,09	242,48	242,48	51	271,09
	8	M	237 M-DISTORSIONI, STIRAMENTI, LUSSAZIONI, ANCA, PELVI, COSCIA	1.786,71	204,91	204,91	33	212,38
	8	M	238 M-OSTEOMIELE	3.772,08	225,40	225,40	51	146,20
	8	M	239 M-FRATTURA PAT.E NEOPLASIE MAL.SIST.MUSCOLO-SCHEL. E TESS.CON.	2.942,01	299,89	299,89	37	246,54
	8	M	240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	4.149,93	219,43	219,43	47	178,77
	8	M	241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC	2.651,25	199,36	199,36	50	147,28
	8	M	242 M-ARTRITE SETTICA	3.543,01	249,32	249,32	60	159,56
allegato 2C DPCM 29/11/2001	8	M	243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	1.268,00	199,80	199,80	31	136,07
sentinella	8	M	244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	2.455,17	237,36	237,36	37	137,13
sentinella	8	M	245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC	1.743,50	194,24	194,24	39	106,72
	8	M	246 M-ARTROPATIE NON SPECIFICHE	1.966,33	189,98	189,98	39	127,00
sentinella	8	M	247 M-SEGNI, SINTOMI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESS.CONNET.	1.583,85	207,48	207,48	41	147,81
	8	M	248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	1.737,25	201,93	201,93	32	215,05
sentinella	8	M	249 M-ASS.RIABILITATIVA PER MALAT. SIST.MUSCOLO-SCHEL.E TESS.CONN	1.215,83	248,03	248,03	15	230,52
	8	M	250 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA'>17 CON CC	1.900,09	380,37	380,37	25	179,30
	8	M	251 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA'>17 NO CC	1.307,70	276,21	276,21	11	169,16
	8	M	252 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA'<18	922,60	302,25	302,25	4	247,07
	8	M	253 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECETTO PIEDE ETA'>17 CON CC	2.100,59	265,10	265,10	31	201,71

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
	8	M	254 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCEP TO PIEDE ETA'>17 NO CC	1.252,36	192,95	192,95	15	149,41
	8	M	255 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCEP TO PIEDE ETA'<18	1.235,14	297,13	297,13	11	212,92
sentinella	8	M	256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	1.435,26	230,53	230,53	23	181,43
	9	C	257 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	4.537,00	3.629,59	3.629,59	38	205,44
	9	C	258 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	2.933,41	2.346,73	2.346,73	29	196,37
	9	C	259 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	4.451,62	3.561,30	3.561,30	37	187,30
	9	C	260 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	2.460,61	1.968,48	1.968,48	24	162,75
	9	C	261 C-INT.MAMMELLA, NON NEOPLAS. MAL.ECCETTO BIOPSIA E ESCISS.LOC	2.601,49	2.081,19	2.081,19	17	239,07
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI	1.234,71	1.234,71	1.234,71	11	254,53
	9	C	263 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC	7.198,28	5.758,62	5.758,62	97	135,01
	9	C	264 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	4.244,57	3.395,65	3.395,65	72	122,73
	9	C	265 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCEP TO ULCERE PELLE/CELLUL.CON CC	4.978,33	3.982,65	3.982,65	43	218,79
	9	C	266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCEP TO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	2.765,31	2.212,25	2.212,25	23	169,70
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	1.550,09	1.550,09	1.550,09	21	232,12
	9	C	268 C-CHIRURGIA PLASTICA PELLE, TESS.SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	2.206,07	1.764,85	1.764,85	19	218,79
	9	C	269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA CON CC	4.263,78	3.411,03	3.411,03	49	259,35
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	1.359,19	1.359,19	1.359,19	19	220,92
	9	M	271 M-ULCERE PELLE	3.841,03	172,90	172,90	61	187,84
	9	M	272 M-MALATTIE MAGG. PELLE CON CC	3.305,79	229,68	229,68	44	233,73
	9	M	273 M-MALATTIE MAGG. PELLE NO CC	2.410,84	181,43	181,43	38	208,65
	9	M	274 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	3.970,76	331,38	331,38	59	198,51
	9	M	275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC	2.641,73	275,88	275,88	27	165,43
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA	710,81	216,44	216,44	19	217,72



Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
sentinella	9	M	277 M-CELLULITE, ETA'>17 CON CC	2.797,98	189,98	189,98	37	136,61
sentinella	9	M	278 M-CELLULITE, ETA'>17 NO CC	1.658,54	180,59	180,59	28	135,01
	9	M	279 M-CELLULITE, ETA'<18	1.345,81	223,70	223,70	14	255,07
sentinella	9	M	280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	1.596,22	272,79	272,79	25	276,42
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 NO CC	1.018,98	267,67	267,67	15	267,35
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'<18	1.225,00	416,66	416,66	7	239,60
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	1.490,99	203,63	203,63	34	151,55
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC	881,58	193,82	193,82	27	217,18
	10	C	285 C-AMPUTAZ.ARTO INF.PER DIST. ENDOCR.NUTR.METAB.	9.976,94	7.981,55	7.981,55	104	134,47
Alta complessità	10	C	286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	7.977,38	1.705,51	1.705,51	38	266,81
Alta complessità	10	C	287 C-TRAP. CUTAN. SBRIGL. FER. PER DIST. END. NUTR. METAB	7.262,42	1.420,55	1.420,55	69	174,50
	10	C	288 C-INTERVENTI PER OBESITA'	3.691,72	2.953,37	2.953,37	41	187,84
	10	C	289 C-INTERVENTI SU PARATIROIDI	3.693,86	2.955,08	2.955,08	28	241,73
	10	C	290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE	2.578,54	2.062,82	2.062,82	21	170,23
	10	C	291 C-INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	1.374,66	1.099,72	1.099,72	14	207,05
	10	C	292 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. CON CC	8.055,30	6.444,24	6.444,24	65	350,06
	10	C	293 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. NO CC	5.209,92	4.167,93	4.167,93	43	132,87
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10	M	294 M-DIABETE, ETA'>35	1.335,17	185,28	185,28	34	140,87
sentinella	10	M	295 M-DIABETE, ETA'<36	1.810,10	251,45	251,45	32	267,35
	10	M	296 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'>17 CON CC	2.909,80	205,34	205,34	41	233,73
	10	M	297 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'>17 NO CC	2.247,10	198,51	198,51	39	209,19
	10	M	298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'<18	1.349,44	205,34	205,34	15	209,72

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	10	M	299 M-DIFETTI CONGENITI METABOLISMO	2.465,73	281,76	281,76	27	238,53
sentinella	10	M	300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC	2.770,65	230,53	230,53	42	238,53
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10	M	301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	1.001,38	230,53	230,53	32	160,62
Alta complessità	11	C	302 C-TRAPIANTO RENALE	43.865,45			62	768,97
Alta complessità	11	C	303 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA PER NEOPLASIA	8.208,66	1.860,27	1.860,27	58	188,37
Alta complessità	11	C	304 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA CON CC	7.510,12	1.503,80	1.503,80	51	232,66
	11	C	305 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA NO CC	5.017,82	4.014,25	4.014,25	37	226,79
	11	C	306 C-PROSTATECTOMIA CON CC	4.630,93	3.704,74	3.704,74	44	225,19
	11	C	307 C-PROSTATECTOMIA NO CC	2.868,85	2.295,07	2.295,07	28	186,76
	11	C	308 C-INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC	5.459,13	4.367,31	4.367,31	55	291,90
	11	C	309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC	3.525,23	2.820,17	2.820,17	42	162,22
	11	C	310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC	3.752,56	3.002,04	3.002,04	31	267,89
	11	C	311 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE NO CC	2.129,75	1.703,79	1.703,79	21	166,49
	11	C	312 C-INTERVENTI URETRA, ETA'>17 CON CC	2.398,71	1.918,96	1.918,96	31	217,18
	11	C	313 C-INTERVENTI URETRA, ETA'>17 NO CC	2.184,18	1.747,35	1.747,35	24	193,17
	11	C	314 C-INTERVENTI URETRA, ETA'<18	2.457,41	1.965,92	1.965,92	25	207,05
	11	C	315 C-ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	5.973,03	4.778,43	4.778,43	68	225,73
	11	M	316 M-INSUFFICIENZA RENALE	3.482,69	266,81	266,81	46	260,94
	11	M	317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE	2.167,72	245,89	245,89	41	176,10
	11	M	318 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE CON CC	3.194,66	344,19	344,19	49	290,30
	11	M	319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC	2.522,42	258,28	258,28	37	212,92
sentinella	11	M	320 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	2.307,02	204,06	204,06	31	212,92
sentinella	11	M	321 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	1.818,20	193,38	193,38	24	168,09
	11	M	322 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'<18	1.901,45	227,96	227,96	23	174,50

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	11	M	323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI	2.865,64	2.292,51	2.292,51	17	255,07
allegato 2C DPCM 29/11/2001	11	M	324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC	1.007,65	183,14	183,14	17	191,57
sentinella	11	M	325 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	2.419,73	248,46	248,46	27	266,81
allegato 2C DPCM 29/11/2001	11	M	326 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	1.280,48	218,14	218,14	21	236,40
	11	M	327 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'<18	1.570,79	233,09	233,09	15	262,55
sentinella	11	M	328 M-STENOSI URETRALE, ETA'>17 CON CC	2.167,00	265,53	265,53	28	156,88
sentinella	11	M	329 M-STENOSI URETRALE, ETA'>17 NO CC	1.255,12	199,36	199,36	25	128,60
	11	M	330 M-STENOSI URETRALE, ETA'<18	1.127,63	256,58	256,58	15	180,89
sentinella	11	M	331 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	2.726,68	218,14	218,14	42	225,19
sentinella	11	M	332 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	1.773,81	211,75	211,75	33	225,19
	11	M	333 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA'<18	1.970,40	283,04	283,04	15	288,16
	12	C	334 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE CON CC	5.625,10	4.500,07	4.500,07	43	217,72
	12	C	335 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC	4.526,33	3.621,06	3.621,06	33	211,85
	12	C	336 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	3.574,32	2.859,45	2.859,45	35	188,91
	12	C	337 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE NO CC	2.717,82	2.174,25	2.174,25	28	183,03
	12	C	338 C-INTERV. SUL TESTICOLO, PER NEOPLASIA MALIGNA	3.322,45	2.657,95	2.657,95	24	233,73
	12	C	339 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA'>17	1.639,87	1.311,89	1.311,89	11	197,44
	12	C	340 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA'<18	1.504,85	1.203,88	1.203,88	7	308,96
	12	C	341 C-INTERVENTI PENE	3.263,21	2.610,56	2.610,56	21	210,78
	12	C	342 C-CIRCONCISIONE, ETA'>17	1.505,93	1.204,75	1.204,75	11	273,76
	12	C	343 C-CIRCONCISIONE, ETA'<18	936,00	748,79	748,79	5	252,41
	12	C	344 C-ALTRI INT. APP.RIPRODUT.MASCH., PER NEOPLASIE MALIGNI	4.820,91	3.856,72	3.856,72	41	189,97
	12	C	345 C-ALTRI INT. APP.RIPRODUT.MASCH., NO NEOPLASIE MALIGNI	3.132,47	2.505,97	2.505,97	27	233,73
	12	M	346 M-NEOPLASIE MALIGNI APP.GENITALE MASCHILE CON CC	3.580,22	300,43	300,43	45	255,07

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	12	M	347 M-NEOPLASIE MALIGNI APP.GENITALE MASCHILE NO CC	2.489,77	273,76	273,76	41	238,00
	12	M	348 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2.385,00	191,25	191,25	31	200,64
	12	M	349 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA NO CC	1.883,31	187,84	187,84	29	199,58
	12	M	350 M-INFIAMMAZIONE APP.RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.415,20	222,42	222,42	17	228,93
	12	M	351 M-STERILIZZAZIONE MASCHILE		0,00	0,00	0	0,00
	12	M	352 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.340,38	389,34	389,34	15	199,04
Alta complessità	13	C	353 C-EVISCERAZIONE PELVI, ISTEROCT.RADICALE E VULVECTOMIA RAD.	6.619,64	2.021,43	2.021,43	38	265,75
	13	C	354 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. CON CC	5.893,52	4.714,81	4.714,81	57	183,03
	13	C	355 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. NO CC	3.345,92	2.676,73	2.676,73	29	137,67
	13	C	356 C-INTERV. RICOSTRUTTIVI APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.832,56	2.266,05	2.266,05	23	139,81
Alta complessità	13	C	357 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, PER NEOPLASIE MALIGNI OVAIE/ANNESSI	6.966,57	1.736,47	1.736,47	45	197,44
	13	C	358 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE MALIGNI CON CC	3.669,31	2.935,44	2.935,44	29	204,38
	13	C	359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	2.634,58	2.107,66	2.107,66	17	165,95
	13	C	360 C-INTERVENTI VAGINA, CERVICE, VULVA	2.007,56	1.606,04	1.606,04	11	252,95
	13	C	361 C-LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	1.717,78	1.374,22	1.374,22	11	262,02
	13	C	362 C-OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.080,61	864,49	864,49	7	166,49
	13	C	363 C-DILATAZ. E RASCHIAM.,CONIZZAZ,IMPIANTO MAT.RADIOAT.NEOP MAL	2.482,49	1.985,99	1.985,99	17	277,49
allegato 2C DPCM 29/11/2001	13	C	364 C-DILATAZ. E RASCHIAM.,CONIZZAZIONE ECETTO NEOPL.MALIG	1.142,10	1.142,10	1.142,10	7	243,34
	13	C	365 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3.838,47	3.070,77	3.070,77	43	191,04
	13	M	366 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP.RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	3.486,31	321,78	321,78	55	266,28
	13	M	367 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP.RIPRODUTTIVO FEMMINILE NO CC	2.028,93	291,36	291,36	27	260,94
	13	M	368 M-INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.626,58	213,45	213,45	17	181,43
sentinella	13	M	369 M-DISTURBI MESTRUALI ET ALTRI DISTURBI DELL'APP.RIPRODUT.FEMM.	1.134,29	258,71	258,71	11	277,49
	14	C	370 C-TAGLIO CESAREO CON CC	3.484,13	2.787,30	2.787,30	22	199,04

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	14	C	371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	2.438,21	1.950,56	1.950,56	13	175,03
	14	M	372 M-PARTO VAGINALE CON CC	1.970,40	262,55	262,55	17	257,21
	14	M	373 M-PARTO VAGINALE NO CC	1.308,17	254,43	254,43	7	203,32
	14	C	374 C-PARTO VAG. CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAM.	2.010,22	1.608,17	1.608,17	9	265,21
	14	C	375 C-PARTO VAG. CON ALTRO INT. ECCEP TO STERIL. E/O DILAT. E RASC.	3.146,33	2.517,06	2.517,06	9	349,52
	14	M	376 M-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO NO INT. CHIRURG.	1.126,27	219,86	219,86	8	228,93
	14	C	377 C-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO CON INT. CHIRURG.	2.472,89	1.978,30	1.978,30	15	367,15
	14	M	378 M-GRAVIDANZA ECTOPICA	1.984,46	247,17	247,17	14	187,30
	14	M	379 M-MINACCIA D'ABORTO	1.805,74	238,21	238,21	17	223,05
	14	M	380 M-ABORTO, SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	966,15	286,45	286,45	7	195,83
	14	C	381 C-ABORTO CON DILATAZ.E RASCHIAM.MEDIANTE ASPIRAZ.O ISTEROTOM.	1.393,86	1.115,09	1.115,09	4	304,70
	14	M	382 M-FALSO TRAVAGLIO	385,54	277,92	277,92	19	97,65
	14	M	383 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	1.367,13	239,50	239,50	14	199,04
	14	M	384 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO NO COMPLICAZIONI MEDICHE	1.241,02	207,05	207,05	19	180,36
	15		385 -NEONATI MORTI/TRASFERITI AD ALTRO OSPEDALE	4.073,27	313,78	313,78	19	268,95
Alta complessità	15		386 -NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO/SINDR. DA DISTRESS RESPIRATORIO	13.805,16	284,95	284,95	138	170,75
Alta complessità	15		387 -PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	7.697,97	269,48	269,48	83	162,75
	15		388 -PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	3.882,23	189,44	189,44	48	186,23
	15		389 -NEONATIA TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	1.874,68	210,25	210,25	17	132,34
	15		390 -NEONATI CON ALTRI AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	1.338,90	167,03	167,03	14	98,72
	15		391 -NEONATO NORMALE	533,63	178,77	178,77	8	0,00
Alta complessità	16	C	392 C-SPLENECTOMIA, ETA'>17	6.887,91	1.639,33	1.639,33	32	301,50
	16	C	393 C-SPLENECTOMIA, ETA'<18	4.471,90	3.577,52	3.577,52	20	240,67
	16	C	394 C-ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	3.911,58	3.129,26	3.129,26	29	307,37

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
allegato 2C DPCM 29/11/2001	16	M	395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'>17	2.054,84	231,38	231,38	43	246,54
	16	M	396 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'<18	1.373,92	254,43	254,43	11	234,80
	16	M	397 M-DIFETTI DELLA COAGULAZIONE	4.207,53	360,30	360,30	37	348,46
	16	M	398 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	5.238,10	302,25	302,25	57	194,25
	16	M	399 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO NO CC	2.556,00	233,52	233,52	32	174,50
Alta complessità	17	C	400 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	10.570,19	1.889,08	1.889,08	57	315,37
Alta complessità	17	C	401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. CON CC	10.174,58	1.363,98	1.363,98	78	281,22
	17	C	402 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. NO CC	3.885,44	3.108,34	3.108,34	45	154,22
Alta complessità	17	M	403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	8.235,08	383,14	383,14	60	315,91
	17	M	404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	3.152,02	280,69	280,69	46	243,88
Alta complessità	17	M	405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURG. MAGGIORI, ETA'<18	8.472,23	719,34	719,34	19	561,91
Alta complessità	17	C	406 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG.CON CC	11.872,15	1.781,81	1.781,81	75	251,34
Alta complessità	17	C	407 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG. NO CC	5.712,72	1.276,47	1.276,47	51	177,16
	17	C	408 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIFF. CON ALTRI INT.	4.945,24	3.956,19	3.956,19	33	310,57
Alta complessità	17	M	409 M-RADIOTERAPIA	3.234,40	375,15	375,15	24	279,62
	17	M	410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN.SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	1.899,23	356,47	427,76	11	281,75
	17	M	411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	1.377,10	276,96	276,96	23	170,75
	17	M	412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	1.114,01	361,27	361,27	19	263,08
	17	M	413 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. CON CC	4.734,60	288,70	288,70	65	234,27
	17	M	414 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. NO CC	3.083,98	271,62	271,62	50	161,68
	18	C	415 C-INTERV. CHIRURGICI PER MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	7.204,67	5.763,75	5.763,75	43	275,35
	18	M	416 M-SETTICEMIA, ETA'>17	4.402,58	215,16	215,16	51	218,26
	18	M	417 M-SETTICEMIA, ETA'<18	2.379,09	222,42	222,42	24	252,41
	18	M	418 M-INFEZIONI POST-OPARATORIE E POST-TRAUMATICHE	2.438,51	213,45	213,45	31	233,20

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie
	18	M	419 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA'>17 CON CC	2.641,27	230,96	230,96	34	177,70
	18	M	420 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA'>17 NO CC	2.032,99	209,62	209,62	28	153,68
	18	M	421 M-MALAT. DI ORIGINE VIRALE, ETA'>17	1.934,12	217,72	217,72	21	186,23
	18	M	422 M-MALAT. DI ORIG.VIRALE E FEBBRE DI ORIG.SCONOSCIUTA, ETA'<18	1.458,30	227,96	227,96	14	255,07
	18	M	423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.936,56	272,36	272,36	28	261,48
	19	C	424 C-INT.CHIRUR.DI QUAL.TIPO IN PAZ.CON DIAG.PR.DI MALAT.MENTALE	7.708,43	6.166,75	6.166,75	49	227,86
	19	M	425 M-REAZ.ACUTA DA ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	1.867,88	229,25	229,25	33	249,74
allegato 2C DPCM 29/11/2001	19	M	426 M-NEVROSI DEPRESSIVA	1.235,16	174,18	174,18	44	204,91
allegato 2C DPCM 29/11/2001	19	M	427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA	1.008,96	187,41	187,41	43	220,38
	19	M	428 M-DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	2.075,19	166,92	166,92	51	194,25
allegato 2C DPCM 29/11/2001	19	M	429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	1.525,14	183,14	183,14	53	152,61
	19	M	430 M-PSICOSI	2.577,31	157,53	157,53	63	186,23
	19	M	431 M-DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	1.602,09	189,12	189,12	27	161,15
	19	M	432 M-ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	2.054,77	196,38	196,38	25	181,97
	20		433 M-ABUSO/DIPEND.DA ALCOOL/FARMACI DIMESSO CONTRO PARERE SANIT.	1.140,92	315,91	315,91	4	291,36
	21	C	439 C-TRAPIANTO DI PELLE PER TRAUMATISMO	3.955,88	3.164,69	3.164,69	50	221,45
	21	C	440 C-SBRIGLIAMENTO FERITA PER TRAUMATISMO	5.302,78	4.242,22	4.242,22	47	369,81
	21	C	441 C-INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	1.963,80	1.571,03	1.571,03	19	218,26
Alta complessità	21	C	442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC	7.817,13	1.485,64	1.485,64	78	290,30
	21	C	443 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO NO CC	4.074,34	3.259,46	3.259,46	43	217,18
	21	M	444 M-TRAUMATISMI, ETA'>17 CON CC	2.191,76	197,66	197,66	28	210,78
	21	M	445 M-TRAUMATISMI, ETA'>17 NO CC	1.464,64	196,38	196,38	23	206,51
	21	M	446 M-TRAUMATISMI, ETA'<18	1.116,30	273,65	273,65	7	284,42

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	21	M	447 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA'>17	1.402,50	249,73	249,73	19	263,61
	21	M	448 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA'<18	835,52	232,24	232,24	7	267,35
	21	M	449 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'>17 CON CC	2.212,62	251,45	251,45	29	254,01
	21	M	450 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'>17 NO CC	1.241,02	242,48	242,48	11	248,14
	21	M	451 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'<18	927,14	289,44	289,44	4	270,55
	21	M	452 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO CON CC	2.080,17	263,83	263,83	46	194,25
	21	M	453 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO NO CC	1.530,88	194,24	194,24	29	172,36
	21	M	454 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM.,EFFETTI TOSSICI CON CC	2.592,74	290,72	290,72	41	279,62
	21	M	455 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM.,EFFETTI TOSSICI NO CC	1.658,33	269,37	269,37	23	146,74
	23	C	461 C-INTERV. CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON S.S.N.	2.890,19	2.312,15	2.312,15	29	220,92
	23	M	462 M-RIABILITAZIONE	1.706,41	196,38	196,38	45	94,45
	23	M	463 M-SEGNI E SINTOMI CON CC	2.873,51	223,27	223,27	42	153,68
	23	M	464 M-SEGNI E SINTOMI NO CC	1.745,43	180,16	180,16	32	141,94
	23	M	465 M-ASS.RIABILITAT. CON ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	733,00	207,58	207,58	19	207,05
	23	M	466 M-ASS.RIABILITAT. NO ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	1.287,29	248,03	248,03	7	179,83
allegato 2C DPCM 29/11/2001	23	M	467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	955,66	227,12	227,12	11	150,49
		C	468 C-INTERV. CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO ALLA DIAGN.PRINC.	6.006,12	4.804,89	4.804,89	39	286,03
			469 -DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	453,58	102,98	102,98	15	82,17
			470 -NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	453,58	60,83	60,83	33	48,55
Alta complessità	8	C	471 C-INT.MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZ.ARTI INF.	16.055,68	7.976,32	7.976,32	101	221,99
Alta complessità	17	M	473 M-LEUCEMIE ACUTE NO INTERVENTI MAGGIORI, ETA'>17	22.435,33	826,61	826,61	102	593,94
	4	M	475 M-DIAGN. RELATIVA APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZ.ASSIST.	8.297,60	390,63	390,63	64	350,06
		C	476 C-INTERV. CHIRURGICO PROSTATA NON CORRELATO DIAGN. PRINC.	4.739,79	3.791,83	3.791,83	37	242,27
		C	477 C-INTERV. CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAG.PRINC.	3.179,96	2.543,95	2.543,95	29	197,98



Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	5	C	478 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	6.108,04	4.886,43	4.886,43	62	233,20
	5	C	479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	4.018,84	3.215,06	3.215,06	45	208,65
Alta complessità		C	480 C-TRAPIANTO DI FEGATO	82.867,40			88	877,83
Alta complessità		C	481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO	85.761,57	4.628,79	4.628,79	106	1.061,41
Alta complessità		C	481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO AUTOLOGO	37.197,79	4.628,79	4.628,79	106	1.061,41
		C	482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO	11.212,83	8.970,28	8.970,28	72	229,99
Alta complessità		C	483 C-TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO	46.482,49	6.991,22	6.991,22	132	504,82
Alta complessità	24	C	484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	19.905,33	4.760,07	4.760,07	91	495,22
Alta complessità	24	C	485 C-REIMPIANTO DI ARTI,INTERV.SU ANCA E FEMORE PER TRAUMAT.MULT.	14.858,88	4.285,66	4.285,66	57	322,85
Alta complessità	24	C	486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEV.	13.434,16	3.281,35	3.281,35	61	348,99
	24	M	487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	4.864,33	377,81	377,81	35	344,19
Alta complessità	25	C	488 C-HIV ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	12.947,53	1.518,20	1.518,20	110	203,85
	25	M	489 M-HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	5.846,37	292,43	292,43	109	181,43
	25	M	490 M-HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	3.549,83	303,64	303,64	56	207,58
Alta complessità	8	C	491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI SUP.	5.752,06	2.620,71	2.620,71	47	183,57
	17	M	492 M-CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	6.794,30	588,07	705,69	15	241,19
	7	C	493 C-COLECISTECTOMIA LAPAR.SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE CON CC	5.160,76	4.128,60	4.128,60	27	207,58
	7	C	494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR.SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	2.931,93	2.345,54	2.345,54	11	201,18
Alta complessità		C	495 C-TRAPIANTO DI POLMONE	71.996,32			55	318,12
Alta complessità	8	C	496 C-ARTRODESI VERTEBRALE APPROCCIO ANTER/POSTER COMBINATO	21.478,00	17.182,40	17.182,40	43	1.073,89
Alta complessità	8	C	497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC	14.264,01	11.411,21	11.411,21	31	713,19
Alta complessità	8	C	498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC	10.493,39	8.394,70	8.394,70	25	524,66
	8	C	499 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB CON CC	4.773,84	3.819,07	3.819,07	24	238,69
	8	C	500 C-INTERV.DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB SENZA CC	2.803,62	2.242,89	2.242,89	17	140,17

Classe	mdc	tipo drg	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento o prodie
	8	C	501 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE CON CC	9.798,95	7.839,16	7.839,16	57	391,95
	8	C	502 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE SENZA CC	2.695,44	2.156,35	2.156,35	36	107,81
allegato 2C DPCM 29/11/2001 ex DRG 222	8	C	503 C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE	1.732,40	1.732,40	1.732,40	4	194,89
Alta complessità	22	C	504 C-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE	43.987,88			101	3.079,15
Alta complessità	22	M	505 M-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO SENZA INNESTO DI CUTE	10.921,76	1.747,47	1.747,47	32	764,52
Alta complessità	22	C	506 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/ LESIONE INALAZ. SI CC/TRAUMA	17.159,08	13.727,26	13.727,26	108	1.201,13
Alta complessità	22	C	507 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/ LESIONE INALAZ. NO CC/TRAUMA	6.737,09	5.389,66	5.389,66	69	471,59
Alta complessità	22	M	508 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/ LESIONE INALAZ. CC/TRAUMA	5.610,88	897,73	897,73	41	392,76
Alta complessità	22	M	509 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/ LESIONE INALAZ. NO CC/TR.	2.970,35	475,26	475,26	31	207,92
	22	M	510 M-USTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	4.353,18	696,51	696,51	53	304,71
	22	M	511 M-USTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	3.483,75	557,40	557,40	30	243,86
Alta complessità		C	512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE	67.190,58			56	466,50
Alta complessità		C	513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS	60.963,05			54	268,18
Alta complessità	5	C	514 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARD CON CATETERISMO CARDIACO	25.831,80	14.724,13	14.724,13	23	774,95
Alta complessità	5	C	515 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARD.	22.731,98	9.547,43	9.547,43	30	454,64
	5	C	516 C-INTERVENTI SISTEMA CARDIOVASCOLARE VIA PERCUTANEA CON IMA	9.609,43	7.687,54	7.687,54	15	305,31
	5	C	517 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. CON INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA	8.012,63	6.410,10	6.410,10	7	259,45
	5	C	518 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. NO INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA	5.548,18	4.438,54	4.438,54	7	188,26
Alta complessità	8	C	519 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC	11.286,63	9.029,29	9.029,29	39	564,32
Alta complessità	8	C	520 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC	7.857,90	6.286,32	6.286,32	17	392,89
	20	M	521 M-ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC	2.671,03	192,31	192,31	49	213,68
	20	M	522 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TER. RIABILITAT. NO CC	2.597,40	187,01	187,01	43	207,78
	20	M	523 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI NO TER. RIABILIT. NO CC	2.017,25	145,24	145,24	27	161,38

## TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ANNO 2008

MDC	REGIME ORDINARIO						DAY HOSPITAL		
	Tariffa giornaliera						Tariffa per accesso		
	Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione	Tariffa oltre il 60° giorno	Codice 60 Lungodegenza	Tariffa oltre il 60° giorno	Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione
01-SISTEMA NERVOSO	400,22	373,53	270,54	162,32	142,47	85,48	308,96	264,15	216,44
02-OCCHIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
04-APP. RESPIRATORIO	400,22	373,53	238,53	143,11	142,47	85,48	308,96	264,15	190,82
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	400,22	373,53	259,34	155,6	142,47	85,48	308,96	264,15	207,47
06-APP. Digerente	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	400,22	373,53	244,93	146,96	142,47	85,48	308,96	264,15	195,95
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
11-RENE E VIE URINARIE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
15-PERODO NEONATALE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
22-USTIONI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
25-INFEZIONI DA HIV	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48
NON CLASSIFICABILE	400,22	373,53	208,11	124,86	142,47	85,48	308,96	264,15	166,48