

Allegato B

Valori da assegnare al campo "Codice emocomponente"

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

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

Allegato C
Valori da assegnare al campo
"Gruppo AB0"

Codice	AB0
0101	0
0102	A
0110	B
0114	AB

Allegato D
Valori da assegnare al campo "Tipo
Rh"

Codice	Tipo Rh
0201	POS
0202	NEG

Allegato E
Valori da assegnare al campo "Maggiorazioni"

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

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

Allegato F

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

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

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

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

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2010 secondo CMS-DRG Versione 24

Premessa

Il mandato assegnato dalla Commissione Salute al gruppo tecnico di manutenzione della Tariffa Unica Convenzionale per l'anno 2010, ha previsto l'aggiornamento della TUC 2010 rispetto alla TUC 2009 in riferimento alle tematiche dell'alta complessità e dell'inappropriatezza.

In particolare si richiedeva una riduzione della lista dei DRG di "alta complessità" con la conseguente riduzione tariffaria del 10%, e l'integrazione della lista dei DRG "potenzialmente inappropriati" prevista nella TUC 2009 e la riformulazione di una idonea valorizzazione penalizzante.

- ✓ Nel rispetto delle seguenti indicazioni l'aggiornamento della TUC 2010 è avvenuto, per quanto riguarda i DRG di alta complessità, procedendo all'individuazione di un set di DRG appartenenti a tale categoria il cui peso relativo fosse inferiore a 2 e di ulteriori DRG i cui contenuti diagnostici terapeutici fossero tali da non doversi considerare di alto impegno assistenziale.
Tale criterio ha portato inizialmente all'individuazione di una lista di 23 DRG, storicamente denominati di alta complessità, che attraverso una disamina puntuale delle procedure/interventi chirurgici afferenti e della loro frequenza in ricoveri brevi ha portato alla riduzione tariffaria di 9 DRG.
- ✓ Ad integrazione della lista dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime ordinario previsti nella TUC 2009 (Allegato 2C del DPCM 29/11/2001), si è proceduto all'inserimento in tale lista di ulteriori 65 DRG già previsti dal nuovo Patto per la Salute del 3/12/2009 e si è abbattuta la tariffa in vigore nella TUC 2009 secondo la metodologia di abbattimento già allora prevista per i 43 DRG del DPCM 29/11/2001. La riduzione della tariffa del DRG 410 chemioterapia non è stata effettuata.
- ✓ Si è inoltre ritenuto opportuno per disincentivare quote di inappropriatezza ancora significativamente presenti su alcuni DRG, di allineare le tariffe ospedaliere alle tariffe ambulatoriali per i DRG 39 cataratta, DRG 6 tunnel carpale, ricoveri per Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono e il Trattamento delle vene varicose con laser terapia endovascolare .
- ✓ Infine, l'aggiornamento della TUC 2010 è stato inoltre effettuato relativamente ai valori soglia DRG specifici così come individuati nel D.M. 18/12/2008.

Complessivamente la riduzione delle tariffe ha coinvolto 73 DRG e la riclassificazione dei 538 DRG previsti nella CMS-DRG Versione 24 secondo i 3 raggruppamenti contemplati dalla Tariffa Unica Convenzionale prevede:

Alta complessità (83-DRG)

Potenzialmente inappropriati (108-DRG)

Restanti DRG (347-DRG)

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

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

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

Regole di applicazione

- Ospedali Pediatrici monospecialistici: Gaslini – Genova, Salesi-Ancona, Garofolo-Trieste, Meyer-Firenze, Santobono-Napoli, Regina Margherita-Torino e A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Di Cristina” – Ospedale dei Bambini di Palermo.

Per tali Istituti si applicano le seguenti regole:

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

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

Alta complessità $5+7=12\%$

Gli altri $15+7=22\%$

L'ulteriore incremento del 7%, applicato con lo stesso algoritmo indicato per il Gaslini, verrà riconosciuto anche a quegli Istituti Pediatrici monospecialistici presso i quali sono svolti in forma esclusiva insegnamenti del triennio clinico di pediatria di formazione della facoltà di medicina e chirurgia.

- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

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

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

- 1) incremento del 5% sui DRG di alta complessità e del 15% sui restanti DRG, in analogia a quanto riconosciuto all'Ospedale Pediatrico Gaslini;
- 2) incremento del 30%, in analogia a quanto riconosciuto all'Ospedale Rizzoli, per una serie di linee di attività e una casistica particolare cosiddette filiere OPBG, di seguito elencate:
 - a. filiera del trapianto cardiaco: codici specialità di dimissione 0801/0832/0851 – cardiologia, 0601/0602 – cardiocirurgia, 4901 – TIC, DRG 103 Trapianto di cuore;
 - b. filiera del trapianto di midollo: codici specialità di dimissione 1801 – ematologia, 6401 – oncologia, 4931 – Terapia intensiva, DRG 481 – Trapianto di midollo;
 - c. filiera del trapianto di fegato: codici specialità di dimissione 1103 – chirurgia epatobiliare-pancreatica e digestiva, 1902 – patologia metabolica, 2402 – epatopatologia, 5801 – gastroenterologia, 4902 – Terapia intensiva, DRG 480 Trapianto di fegato;
 - d. filiera del trapianto di rene: codici specialità di dimissione 4801 – nefrologia, 7801 – chirurgia urologica, 4903 – Terapia intensiva, DRG 302 – trapianto di rene;
 - e. filiera della riabilitazione: codici specialità di dimissione 3601 – traumatologia, 3631 – ortopedia, 5631/5651 – neuroriabilitazione;
 - f. filiera della neonatologia: codici specialità di dimissione 1102 – chirurgia neonatale, 6201 – patologia neonatale, 7301 – TIN immaturi;
 - g. filiera della neuropsichiatria: codici specialità di dimissione 3301 – neuropsichiatria infantile, 3201 – neurologia.

L'incremento del 30% è sostitutivo dell'incremento del 5% e del 15% previsti al punto 1).

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

Si precisa che, come previsto per il Gaslini e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'applicazione dei diversi

incrementi va considerata come somma delle % (ad esempio nel caso dei DRG di alta complessità previsti al punto 1) $5+7=12\%$, nel caso dei ricoveri previsti al punto 2) $30+7=37\%$).

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

Aziende miste

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere:

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

Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. **L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, sulle giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/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 € 2.544,31, poi si aggiungono € 12.290,15 per la fornitura delle cellule -.

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

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

Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6) dovranno avere un importo pari al 60% della tariffa indicata nella TUC. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi, inclusi quelli del 7% delle Aziende miste e del 30% dell'Istituto Rizzoli.

Protesi ed altre procedure

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

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per “codice intervento” o “codice diagnosi”, qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione 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 € 22.366,28**

✓ **Stimolatore cerebrale**

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

✓ **Ombrello atriale settale**

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

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

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

✓ **Neurostimolatore vagale**

(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 **tariffa aggiuntiva** per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a € **15.377,04**

✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

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

✓ **Trapianto di cellule staminali limbari**

DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € **2.544,31** alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva di € 12.290,15**)

✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico**

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

✓ **Protesi dell'aorta addominale**

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

✓ **Protesi dell'aorta toracica**

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

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

✓ **Gamma knife**

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco)
tariffa per caso trattato pari a € **7.750,03**

✓ **Ciber knife**

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

✓ **Interventi per obesità**

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

✓ **Neurostimolatore spinale**

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

✓ **Brachiterapia**

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

✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**

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

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

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

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

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

DRG 409 (Radioterapia) e 410 (Chemioterapia)

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

✓ **Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno**

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

✓ **Radioterapia DRG 409**

La tariffa per ricoveri in **regime ordinario di più di 1 giorno** e attribuiti al DRG 409, abbattimento della relativa tariffa del 10% solo ed esclusivamente in assenza di terapia con iodio e radiometaboliche (codici procedura 92.28 o 92.29). Nel tariffario è riportata la tariffa piena.

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 24

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

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

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

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

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

•RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital, colonna (c), è da intendersi per accesso.

Fanno eccezione a tale regola

- i DRG medici 124, 125, 323 (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG di tipo chirurgico (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG medici definiti "potenzialmente inappropriati" (**esclusi i DRG 409 e 410**) e attribuiti a pazienti con età >14 anni (tariffa DRG specifica a caso trattato).

•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 2.626,39 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994". La tariffa del trasporto è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 331,12.

Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di Euro 2.957,52. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito.

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

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

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

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

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

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

TRAPIANTO DI CORNEA

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

Tariffa specifica € 2.544,31

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

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

Tariffa specifica € 246.631,03

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Codice di intervento 46.97

Tariffa specifica € 171.054,94

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO

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

Tariffa specifica € 61.450,75

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

ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
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 37.495,37. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

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

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

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

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

Diagnosi V593	donatore di midollo osseo
Intervento 4191	aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
Diagnosi V5902	donatore di sangue, cellule staminali
Intervento 9979	altra aferesi terapeutica

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

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

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

ATTIVITA' DI RICERCA E REPERIMENTO DI CSE (MIDOLLARI, CORDONALI E PERIFERICHE) AI FINI DI TRAPIANTO
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.**

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

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

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

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

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

Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera"

– Gestione I.B.M.D.R. –

Via Volta 19/5

16128 Genova

cod. fiscale e partita I.V.A.: 00557720109

utilizzando il tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R. e di seguito riportato.

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

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

Trapianto autologo

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; la tariffa è di Euro 37.197,79. 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.



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

(decorrenza: **1 LUGLIO 2010**).

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

HLA-B	€	101,48
HLA-C	€	101,48
DQA1	€	178,38
DQB1	€	178,38
DPA1	€	55,29
DPB1	€	188,71
*ABO e Rh	€	7,74
* CMV (IgG+IgM)	€	16,53
<p>Richiedibili solo su donatori adulti, contestualmente alla tipizzazione molecolare o, singolarmente, su soggetti già tipizzati A, B, DRB1* HR.</p>		
5. Campioni di sangue o DNA per gli esami finali di compatibilità		
5.1 Raccolta dei campioni da donatore adulto	€	441,33
<p>Contestualmente sul donatore verranno eseguiti i test per la ricerca dei marcatori di malattie infettive (TPHA, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, CMV) e la tipizzazione AB0-Rh.</p>		
5.2 Fornitura campioni di DNA da unità di sangue cordonale	€	441,33
<p>A causa della disponibilità limitata di tali campioni, è da verificarsi la fattibilità dell'invio.</p>		
5.3 Spedizione dei campioni		varie
<p>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.</p> <p><i>NB: la cancellazione della richiesta di spedizione deve essere notificata al più presto al fine di bloccare la spedizione. In caso ciò non sia possibile, l'onere di cui ai punti 5.1 o 5.2 sarà comunque addebitato</i></p>		

6. Raccolta di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da sangue midollare		
6.1 Preliminari connessi al prelievo		€ 399,79
Sono comprensivi di visite mediche (generica, cardiologica e anestesiologicala), prestazioni strumentali specialistiche (Ecg, Rx torace AP+LL), esami chimico-clinici (emocromo completo, VES, azotemia, glicemia, creatininemia, AST, ALT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, gamma-GT, uricemia, sideremia, transferrina, ferritina, ferro capacità legante transferrina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, Ca, Cl, Na, K, CPK, LDH, colinesterasi e numero di dibucaina, tempo di Quick, PTT, fibrinogeno, proteinemia totale ed elettroforesi delle proteine, complementemia: C3 - C4, esame urine completo, dosaggio gonadotropina corionica, gruppo ABO e Rh) e marcatori di malattie infettive (anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBcAg, anti-HBeAg, anti-HCV, anti-HIV, P24Ag, anti-CMV IgG e IgM, toxotest IgG e IgM, TPHA, HCV-NAT).		
6.2 Raccolta di CSE da sangue midollare		€ 16.096,25
Prevede l'utilizzo della sala operatoria e del personale sanitario addetto al prelievo e alla manipolazione del midollo più materiale d'uso e comprende le eventuali visite mediche e/o gli esami chimico-clinici e/o l'eventuale terapia post prelievo.		
6.3 Tutela del donatore		€ 503,96
Comprende la sessione informativa pre-prelievo, il predeposito di una (due) unità di sangue autologo. E' prevista, inoltre, una copertura assicurativa e il rimborso delle spese di viaggio.		
	Costo totale della procedura di prelievo di CSE midollari	€ 7.000,00
6.4 Trasporto		varie
Le spese di trasporto e la scelta del corriere sono a carico in prima battuta dell'I.B.M.D.R. che poi le riaddebita, rispettivamente, ai registri internazionali o alle Regioni di appartenenza dei pazienti.		

7. Raccolta di CSE da periferico, dopo somministrazione di fattore di crescita	
7.1 Preliminari connessi alla raccolta	€ 688,91
<p>Sono comprensivi di visite mediche (generica, cardiologica e anestesiologicala), prestazioni strumentali specialistiche (Ecg da sforzo, Rx torace AP+LL, Ecotomografia della milza), esami chimico-clinici (emocromo completo, VES, azotemia, glicemia, creatininemia, AST, ALT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, gamma-GT, uricemia, sideremia, transferrina, ferritina, ferro capacità legante transferrina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, Ca, Cl, Na, K, CPK, LDH, colinesterasi e numero di dibucaina, tempo di Quick, PTT, fibrinogeno, proteinemia totale ed elettroforesi delle proteine, complementemia: C3 - C4, esame urine completo, dosaggio gonadotropina corionica, emoglobina HBS, gruppo ABO e Rh, screening coagulativo per trombofilia: ATIII, proteina C, omocisteina, leiden fattore V) e marcatori di malattie infettive (anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBcAg, anti-HBeAg, anti-HCV, anti-HIV, P24Ag, anti-CMV IgG e IgM, toxotest IgG e IgM, TPHA, HCV-NAT).</p>	€ 1.704,70
7.2 Somministrazione fattore di crescita (G-CSF) Comprende sino a 10 somministrazioni di fattore di crescita e la reperibilità di un medico per 7 giorni (24 ore al giorno).	€ 3.728,65
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.	€ 877,74
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.	€ 17.000,00
<p style="text-align: right;">Costo totale della procedura di raccolta</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.	varie
8. Unità di CSE da sangue cordonale	
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.	€ 17.000,00
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.	varie
9. Cancellazione / rinvio del trapianto	
<p>A fronte di una prescrizione formale di fornitura di CSE se il trapianto è annullato o rinviato, un onere è comunque addebitato a chi sostiene economicamente la ricerca.</p> <p>Le tariffe sottoriportate sono quelle massime addebitabili: di volta in volta saranno determinate in funzione delle prestazioni realmente eseguite.</p>	

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

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