



CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

# **COMPENSAZIONE INTERREGIONALE DELLA MOBILITÀ SANITARIA**

## **TESTO UNICO**

**Modifiche tecniche introdotte dai referenti regionali per l'anno di attività  
2001 e successivi**

Giugno 2003

## Indice

Premessa	pag.	3
Invio dei dati di attività	pag.	4
Invio contestazioni	pag.	8
Invio controdeduzioni	pag.	11
Composizioni bilaterali e collegio arbitrale	pag.	14
Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record	pag.	15
Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)	pag.	17
Attività di prelievo e di trapianto di organi	pag.	20
Attività di trapianto di midollo osseo	pag.	21
Tracciato record	pag.	22
Medicina generale (flusso B)	pag.	25
Tracciato record	pag.	27
Specialistica ambulatoriale (flusso C)	pag.	28
Tracciato record	pag.	30
Farmaceutica (flusso D)	pag.	32
Tracciato record	pag.	34
Cure termali (flusso E)	pag.	36
Tracciato record	pag.	38
Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)	pag.	40
Tracciato record	pag.	46
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)	pag.	48
Tracciato record	pag.	50
Allegato A – eventi sentinella	pag.	51
Allegato B – Tariffa Unica Convenzionale (TUC)	pag.	57

## 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 Salute 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 31 maggio	Invio dei dati di attività
entro il 15 settembre	Invio delle contestazioni
entro il 15 dicembre	Invio delle controdeduzioni

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 31 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 31 maggio	tabella riepilogativa di attività del I trimestre (facoltativo)
entro il 31 agosto	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 31 maggio 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.

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 un mese dalla data d'invio degli addebiti. 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,G 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 il numero record coincide con le prestazioni;

? per i flussi C,D,E,F,G 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. Copia dei provvedimenti tariffari in vigore per l'anno di riferimento e per i singoli flussi dovranno essere inviati alle Regioni debentrici. 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.

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

Al Ministero della Salute dovrà essere inviato il prospetto cartaceo "Modello M" riepilogativo degli importi di tutte le attività. La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello M" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i dieci giorni successivi alla data di scadenza per l'invio dei dati di attività per la predisposizione della tabella provvisoria degli importi di addebito. Entro un mese dovrà essere predisposta, con il conseguente invio al Ministero della Salute, la tabella definitiva degli importi in mobilità per l'anno in compensazione comprendente le revisioni dovute all'esito delle contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi relativi all'attività dell'anno precedente. Per le revisioni degli anni 1997 e 1998 l'anno di attività sarà il 2000, per le revisioni dell'anno 1999 l'anno di attività sarà il 2001, per gli anni seguenti dovrà essere rispettata la scadenza 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 settembre dell'anno successivo all'anno in compensazione. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data 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 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 un mese dalla data d'invio delle contestazioni. 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.

#### **Contestazioni con la tecnica del campionamento casuale stratificato.**

Sono di seguito sintetizzati i criteri che disciplinano l'applicazione del controllo campionario per l'attivazione delle contestazioni. Con l'invio degli addebiti ogni regione dovrà dichiarare la disponibilità ad adottarne la metodologia. L'applicazione dei controlli statistici potrà avvenire solo fra le regioni che ne avranno reciprocamente dichiarato la disponibilità.

Il numero di ricoveri addebitati dalle singole Regioni minimo necessario per la corretta applicazione della metodologia è di 150. Il calcolo della numerosità campionaria ottimale per la stima della proporzione di casi errati rispetto al totale è la seguente:  $n = \frac{z^2 N p q}{[\hat{o}^2(N-1) + z^2 p q]}$

dove:

N = numerosità della popolazione;  
z = valore della variabile casuale normale standardizzata per il livello di fiducia desiderato;  
 $\hat{o}$  = errore ammesso per la stima del parametro;  
p = proporzione da stimare nella popolazione da studiare (p=0,5);  
q = 1-p.

I parametri appropriati rispetto alla problematica dei controlli in esame, tenuto conto dei risultati delle contestazioni nel triennio 1997-1999 sono i seguenti:

z= 1,96, p= 0,05, q= 0,95,  $\hat{o}$ = 1%

La stratificazione del campione avviene per Regione e per Struttura erogante. Quindi se il campione risultasse, ad esempio, di numerosità pari al 10% della popolazione, dai ricoveri erogati da ciascun istituto viene estratta la medesima percentuale di casi. Se il numero di casi è frazionario, si procede all'approssimazione ad unità per eccesso.

L'estrazione del campione avviene rispetto ai casi ordinati per Regione, Istituto, cognome, data di nascita, n. cartella clinica. In mancanza del cognome viene utilizzato, allo stesso livello (3°), il codice fiscale.

Per l'estrazione si applica la metodica della sistematica selezione: l'intervallo di ripetizione (R) è proporzionale alla frazione di campionamento (F) (nel precedente esempio 10) per cui  $R = 100/F$ . Se R non è unitario si procede all'arrotondamento per difetto.

Il numero di partenza deve essere casuale. Viene quindi utilizzata la prima cifra del primo numero estratto sulla ruota di Roma nella seconda estrazione del mese di giugno.

Il campione estratto nel rispetto delle indicazioni di cui ai precedenti punti viene controllato con la seguente procedura (i controlli sono limitati agli aspetti anagrafici, per la verifica dell'assistibilità presso la Regione del soggetto che ha beneficiato delle prestazioni di ricovero):

verifica in automatico presso l'anagrafe sanitaria;

? verifica facoltativa in automatico presso l'anagrafe sanitaria utilizzando specifici software che individuano il soggetto sulla base di minime variazioni nel nominativo;

? verifica facoltativa in automatico o manuale presso l'anagrafe tributaria.

? se i precedenti passi hanno dato esito negativo si procede alla verifica presso l'anagrafe del comune indicato quale residenza dalla regione addebitante. L'esito di questa verifica deve essere documentato con apposita dichiarazione sullo stato di residenza del soggetto da parte del Comune interpellato, rispetto all'anno di erogazione della prestazione di ricovero.

Ove anche l'attività prevista al quarto passo dia esito negativo la regione addebitata è legittimata ad eseguire la contestazione dell'importo relativo. I termini per la contestazione sono quelli fissati.

A supporto della contestazione medesima la Regione produce, oltre al previsto modello "C" ed all'informativa analitica su supporto informatico, anche copia autentica o l'originale della documentazione fornita dal Comune interpellato. L'incidenza percentuale del fatturato relativo ai ricoveri risultati effettivamente errati, tenuto conto delle eventuali controdeduzioni, rispetto al fatturato del campione, viene estesa all'intero importo addebitato per le prestazioni di ricovero da

cui si è estratto il campione stesso.

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

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria										Modello Cr	
Regione contestante :		intestazione ed indirizzo della Regione che invia le contestazioni									
Periodo :		Anno di riferimento									
RIEPILOGO CONTESTAZIONI											
Tipologia Prestazione	Addebito da mod. H		Addebito da file		Addebito riconosciuto da file		Addebito contestato da file		Contestazioni anagrafiche Sul totale degli addebiti contestati		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	
010 - Piemonte											
020 - Valle d'Aosta											
030 - Lombardia											
041 - P.A. Bolzano											
042 - P.A. Trento											
050 - Veneto											
060 - Friuli Venezia Giulia											
070 - Liguria											
080 - Emilia-Romagna											
090 - Toscana											
100 - Umbria											
110 - Marche											
120 - Lazio											
130 - Abruzzo											
140 - Molise											
150 - Campania											
160 - Puglia											
170 - Basilicata											
180 - Calabria											
190 - Sicilia											
200 - Sardegna											
121 - Bambin Gesù											
Totale											
Data	nome compilatore										

## RISPOSTA ALLE CONTESTAZIONI (CONTRODEDUZIONI)

La regione contestata entro il 15 dicembre 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 un mese dalla data d'invio delle controdeduzioni. 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.

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria												
Modello D												
<b>Regione contestata :</b>		instestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni										
<b>Regione contestante :</b>		Regione che ha inviato le contestazioni										
<b>Periodo :</b>		Anno di riferimento										
RIEPILOGO CONTESTAZIONI												
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		
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 :** \_\_\_\_\_ instestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni

**Periodo :** \_\_\_\_\_ Anno di riferimento

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

## COMPOSIZIONI BILATERALI E COLLEGIO ARBITRALE

Entro 6 mesi dalla data stabilita per l'invio delle controdeduzioni 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 decide all'unanimità ed è composto da tre membri nominati dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità; la presidenza è nominata dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità ed i restanti due componenti vengono indicati dalle Regioni in contenzioso.

Le determinazioni del collegio arbitrale avvengono entro un mese dalla data di scadenza per le composizioni bilaterali.

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.

Per non dar luogo a contenziosi in sede di composizione bilaterale è auspicabile che tutte le contestazioni ancora in essere dopo le controdeduzioni e relative alle residenze anagrafiche vengano supportate da certificazioni attestanti la non residenza per l'anno di riferimento dei soggetti contestati come non residenti.

Per i dati di attività del 1999 il termine per la risoluzione delle vertenze è prorogato di ulteriori 6 mesi.

## 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

È 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.

### **Per gli addebiti dell'anno 2001 gli importi in Lire dovranno essere convertiti in Euro.**

La conversione Lire/Euro deve essere approssimata a 2 cifre decimali secondo le regole della Direttiva relativa all'argomento:

per difetto, se la terza cifra decimale assume un valore che va da 0 a 4; per eccesso, se la terza cifra assume un valore che va da 5 a 9. 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 la trasformazione produca una cifra intera.

Esempio di conversione:

valore ottenuto dalla conversione	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:

- ? deve essere convertito in euro ogni singolo importo delle righe zn secondo le regole sopra descritte
- ? l'importo della riga 99 deve essere ottenuto, invece, come somma degli importi in euro delle righe zn alla quale va sottratto l'importo in euro del ticket.

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



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.

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 1997 della International Classification of Diseases - 9<sup>th</sup> revision - Clinical Modification. Per la determinazione dei DRG dovrà essere utilizzata la versione Grouper HCFA 10.0. Per le regioni che utilizzano la versione HCFA 14.0 il DRG calcolato con questa versione verrà riportato nel campo apposito (pos. 154-156 del tracciato del file A2) e la tariffa sarà quella prevista dal tariffario regionale.

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 eventi sentinella (ERR07)

- 1= ricovero ripetuto con differenza tra data di dimissione e data di ammissione del ricovero successivo inferiore a 4 giorni
- 2= ricovero ripetuto con differenza tra data di dimissione e data di ammissione del ricovero successivo compresa tra 4 e 30 giorni

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=ricovero con durata 2/3 giorni (tabella DRG eventi sentinella).

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.

Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

## 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, valida a partire dal 1° gennaio 1999, 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 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 2.522,00 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 318,00.

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 2.840,00. 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 2.522,00.

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 2.840,00.

L'addebito deve essere effettuato aggiungendo l'importo convenzionale di Euro 2.840,00 o di Euro 2.522,00 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 di pancreas DRG 191, 192, 292, 293 con presenza di codice intervento ICD-9-CM 52.80 oppure 52.83
- ? Trapianto di polmone presenza di codice intervento ICD-9-CM 33.50 oppure 33.51 oppure 33.52

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

## ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore, del prelievo e dell'eventuale trasporto i cui costi attualmente ricadono sulle regioni di residenza dell'assistito donatore e non sulle regioni di residenza dell'assistito ricevente.

La presente regolamentazione, valida a partire dal 1° gennaio 2003, riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria, nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha potestà decisionale diversa ed autonoma.

In attesa che il gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute individui le tariffe relative alle varie fasi, in via transitoria verranno utilizzate le tariffe in vigore nelle singole regioni.

### 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 dei Registri regionali o del Registro nazionale 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 presso i Registri regionali che hanno richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

### Trapianto

Tutti i record relativi a ricoveri di trapianto di midollo osseo (DRG 481) vengono incrementati della tariffa del DRG 467 (altri fattori che influenzano lo stato di salute). Tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467 con diagnosi V593 ed intervento 4191 oppure con diagnosi V5902 ed intervento 9979) dovranno essere inviati o con l'onere della degenza valorizzato "9" oppure ad importo zero, comunque con tale valorizzazione saranno considerati dalla regione debitrice. Tutti gli oneri relativi al trasporto rientrano nella tariffa del DRG 481 e quindi a carico della struttura che effettua il trapianto.

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 relativo alla tariffa del DRG 467.

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

**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	Usi 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=fortunio 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	3 = ICD9-CM 1997	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') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
135	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
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 Ricoveri ripetuti	AN	1	0 = non ripetuto 1 = ricovero ripetuto con differenza tra data di dimissione e data di ammissione del ricovero successivo inferiore a 4 giorni 2 = ricovero ripetuto con differenza tra data di dimissione e data di ammissione del ricovero successivo compresa tra 4 e 30 giorni	

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= ricovero 2/3 giorni (eventi sentinella)
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per Posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato
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	Ripetizione	AN	6	Codice univoco per segnalare tutti i ricoveri ripetuti effettuati dalla stessa persona, nello stesso istituto per lo stesso DRG
154-156	DRG versione HCFA 14.0	AN	3	



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.

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 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

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.

#### Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

**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') 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
142	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
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'

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.

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.

## **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; 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.

#### 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'

#### 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).

#### Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

**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 trattati 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 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)	
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 successi 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'	
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
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 associate alla posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. ='3'

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.

#### Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzato o non numerico.

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)

#### Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile = 3

**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	OBV
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV 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"	OBV V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBV V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBV V

FILE D2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBV
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV 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)	OBV
29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" 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.	OBV V
31-38	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBV V
39-48	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco distribuito.	OBV V
49-51	Quantità	N	3		OBV V
52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Da non compilarsi	OBV
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).	OBV 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.	OBV 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') 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 segnalato eventualmente la contestazione.	OBV

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 l'importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successi 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'	
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
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 associate alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. = '3'

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.

### 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; 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 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'

#### Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzato o non numerico.

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)

#### Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

**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 l'importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successi 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'	
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
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 associate 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 antitiblastici: 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. L'introduzione di questi farmaci avverrà a partire dai dati di attività dell'anno 2003.

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

Considera che i farmaci vengono acquistati dalle strutture ospedaliere con uno sconto che di norma è pari al 50%. l'addebito da effettuare per la somministrazione diretta dei farmaci è dato dal costo effettivamente sostenuto dall'Azienda sanitaria erogante e, comunque, per un importo non superiore al 50% del prezzo di listino.

**Prodotti previsti dal D.M. del 5 novembre 1996**

Codice	Descrizione	Tariffa Euro
303400	Concentrato eritrocitario da eritroferesi (tariffa unità + tariffa rimozione del buffy coat)	102,04
339600	Unità di plasma da plasmaferesi (non inferiore a 500 ml)	88,31
339650	Concentrato piastrinico da plasmapiastrinoferesi (1,8 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine)	147,19
342220	Concentrato eritrocitario da singola unità (280 ml +/- 20%)	98,50
342260	Concentrato piastrinico da singola unità (0,6 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine)	16,49
342290	Plasma fresco congelato da singola unità entro sei ore dal prelievo (250 ml +/- 20%)	14,72
388600	Concentrato piastrinico o leucocitario da aferesi (3,5 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine) (1 x 10 elevato alla 10 potenza leucociti)	412,13
940441	Concentrato eritrocitario da eritropiastrinoferesi (tariffa unità + tariffa rimozione del buffy coat)	102,04
940464	Crioprecipitato da singola unità (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI)	26,49
970001	Unità di sangue intero (con soluzione additiva di 450 ml +/- 10%)	98,50
940454	Congelamento/scongelamento emocomponente (eritrociti o piastrine)	206,07
940651	Deleucocitazione mediante filtro da singola unità emocomponente (eritrociti o piastrine) (per ogni filtro impiegato)	41,21
940753	Lavaggio cellule ematiche manuale	29,44
940765	Lavaggio cellule ematiche con separatore	58,88
940997	Rimozione del buffy coat per unità	3,53
940998	Irradiazione	35,33

**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

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'

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzato o non numerico.  
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)

Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

**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') 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
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 l'importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi 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'	
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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
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 prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione 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.

Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile =3

**Tracciato record File "G"**  
**TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO**

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	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
158-164	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBB V
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') 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
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 prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio 2 = codice prestazione 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 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice Regione assente o errato	
196-215	ID	AN	20		OBB V
216-218	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associate alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. = '3'

## **ALLEGATO A "EVENTI SENTINELLA"**

Le disposizioni che seguono vengono applicate all'anno di attività 2000. Per gli anni di attività successivi l'applicazione verrà determinata dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità.

Le contestazioni possono essere effettuate solo sui ricoveri ordinari per acuti con dimissione al domicilio, perciò il campo "regime di ricovero" dovrà avere valorizzazione =1, il campo "tipo di ricovero" dovrà avere valorizzazione =1 ed il campo "modalità di dimissione" dovrà avere valorizzazione =2.

Pertanto non sono ammissibili le contestazioni sui ricoveri ordinari con codifiche diverse da quelle indicate, sui ricoveri in DH, sui ricoveri in riabilitazione (codici specialità 28, 56, 75), sui ricoveri in lungodegenza (codice specialità 60) e sui ricoveri in psichiatria (codice specialità 40).

Per ricovero ripetuto si intendono tutti i ricoveri successivi al primo ed effettuati nello stesso Istituto e per lo stesso DRG. Per i ricoveri ripetuti sono escluse le contestazioni sui ricoveri con durata 0/1 giorno e sui ricoveri per i DRG 409, 410, 492.

E' facoltà delle regioni procedere ad accordi bilaterali che fissino criteri o valori diversi in un reciproco riconoscimento dei sistemi di controllo e di penalizzazione in vigore nelle singole regioni.

### **Ricoveri brevi di durata 2/3 giorni di degenza**

Nella tabella riportata di seguito sono indicati i 70 DRG medici che, in relazione alle esperienze maturate nelle diverse realtà regionali ed in applicazione di specifici protocolli di verifica, sono stati individuati come oggetto di eventuale contestazione in quanto relativi a ricoveri dove potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistiche.

Nella colonne 1 e 2 della tabella vengono riportate, per i 70 DRG medici individuati, le percentuali nazionali dei casi di ricovero con durata di 2/3 giorni negli anni 1994 e 1995 (periodi nei quali non era in vigore il sistema di tariffa per DRG e quindi non dovrebbero essere presenti eventuali pratiche opportunistiche). Nella colonna 3 viene riportato il valore medio di tali percentuali che viene assunto, per ciascun DRG, quale valore atteso.

Ogni regione debitrice può quindi individuare, per ciascun DRG riportato nella tabella e per ciascuna regione creditrice, l'eventuale quota percentuale di ricoveri eccedente il valore fissato come atteso (colonna 3). Le contestazioni sui record si effettuano solo se i casi per ogni singolo DRG sono superiori a 10.

La regione debitrice potrà contestare un numero massimo di prestazioni pari alla differenza tra il numero di record inviati ed il numero di record "attesi" applicando la media delle percentuali nazionali riportate nella colonna 3 della tabella. L'individuazione dei ricoveri in contestazione, da selezionarsi tra tutti i casi ricevuti, sarà effettuata dalla regione debitrice. In caso di accettazione della contestazione la posizione contabile del file A2 deve essere valorizzata con la lettera B e l'importo dovrà essere valorizzato con la tariffa corrispondente ad una sola giornata di ricovero.

Le regioni o le Province Autonome contestate potranno attuare i controlli sulle cartelle cliniche relative ai casi contestati attraverso strutture od organismi regionali riconosciuti. Le controdeduzioni relative ai ricoveri confermati dovranno essere integrate da verbali debitamente sottoscritti per ogni singolo caso trattato o da analogo verbale cumulativo (debitamente sottoscritto) contenente almeno l'indicazione dell'Istituto, del numero di cartella clinica, del tipo di contestazione e dell'esito del controllo effettuato. Ogni regione dovrà inoltre produrre una relazione sulla metodologia applicata in occasione dei controlli. La mancanza dei verbali e della relazione verrà considerata come implicita accettazione delle contestazioni.

Ogni Regione debitrice dovrà limitarsi ad inviare i soli ricoveri contestati, la verifica dell'algoritmo applicato dalla Regione contestante verrà effettuata in sede di accordi bilaterali.

### **Ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione inferiore a 4 giorni.**

La contestazione su questi ricoveri si considera automaticamente accettata (ad eccezione dell'eventuale errore sulle date). Per il ricovero che risulta ripetuto la regione contestata dovrà

valorizzare la posizione contabile del file A2 con la lettera B ed il campo importo con il valore 0 (zero).

Sono escluse le contestazioni sui ricoveri con durata 0/1 giorno e sui ricoveri per i DRG 409, 410, 492.

**Ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione compresa tra 4 e 30 giorni.**

In caso di accettazione della contestazione per il ricovero che risulta ripetuto la regione contestata dovrà valorizzare la posizione contabile del file A2 con la lettera B ed il campo importo con il valore tariffario decurtato del 20%. Per le regioni che applicano già abbattimenti tariffari per questa casistica, la decurtazione sarà pari alla differenza tra la percentuale del 20% e quella stabilita dal sistema tariffario in vigore.

Sono escluse le contestazioni sui ricoveri con durata 0/1 giorno e per i DRG 409, 410, 492.

Le regioni o le Province Autonome contestate potranno attuare i controlli sulle cartelle cliniche relative ai casi contestati attraverso strutture od organismi regionali riconosciuti. Le controdeduzioni relative ai ricoveri confermati dovranno essere integrate da verbali debitamente sottoscritti per ogni singolo caso trattato o da analogo verbale cumulativo (debitamente sottoscritto) contenente almeno l'indicazione dell'Istituto, del numero di cartella clinica, del tipo di contestazione e dell'esito del controllo effettuato. Ogni regione dovrà inoltre produrre una relazione sulla metodologia applicata in occasione dei controlli. La mancanza dei verbali e della relazione verrà considerata come implicita accettazione delle contestazioni.

La gestione e notifica dei record contestati avviene rispettando i tempi e le modalità di trasmissione già in atto.

Entro il termine fissato la Regione contestante potrà attivare le contestazioni trasmettendo i record secondo i tracciati già previsti per gli errori rilevati nel FILE A, valorizzando i campi secondo la seguente codifica:

ERR07 = 0 nessun errore

ERR07 = 1 ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione inferiore a 4 giorni;

ERR07 = 2 ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione compresa tra 4 e 30 giorni;

ERR08 = 5 ricovero 2/3 giorni

La Regione o Provincia Autonoma contestata, entro il termine fissato potrà presentare le proprie controdeduzioni provvedendo a rinviare i record contestati valorizzando il campo "posizione contabile" secondo le codifiche previste. In mancanza di tale trasmissione le contestazioni si intenderanno accolte. La "posizione contabile" "3" è accettata solo in presenza di relativo verbale di verifica. In caso di contestazioni accolte o controdeduzioni non inviate la regione contestante modificherà il proprio passivo nei confronti della regione contestata secondo i criteri finanziari stabiliti.

DRG	MDC	Descrizione	% nazionale casi di durata 2/3 giorni		Media	Tariffario D.M. 30.6.1997			
			anno 94	anno 95		94-95	Valore soglia	Ordinari 0/1 gg	Entro Soglia
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
016	1	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	6,2	6,7	6,4	41	489	7.620	401
017	1	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	7,9	8,9	8,4	37	431	5.469	258
018	1	Malattie dei nervi cranici e periferici con cc	7,2	9,7	8,4	37	479	6.300	395
019	1	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	14,8	15,5	15,1	33	463	4.828	295
024	1	Convulsioni e cefalea età > 17 con cc	11,4	12,4	11,9	31	527	5.203	411
025	1	Convulsioni e cefalea età > 17 senza cc	15,6	17,3	16,4	25	475	3.967	303
034	1	Altre malattie del sistema nervoso con cc	9,8	12,5	11,1	49	558	8.316	491
035	1	Altre malattie del sistema nervoso senza cc	15,2	17,8	16,5	41	483	5.469	412
046	2	Altre malattie dell'occhio età > 17 con cc	16,4	33,4	24,9	29	556	4.824	469
047	2	Altre malattie dell'occhio età > 17 senza cc	21,0	23,9	22,4	23	516	3.649	436
068	3	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie età > 17 con cc	10,4	14,6	12,5	27	521	4.865	470
069	3	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie età > 17 senza cc	23,3	24,8	24	17	466	3.476	408
073	3	Altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età > 17	25,8	26,7	26,2	17	602	4.148	500
079	4	Infezioni e infiammazioni respiratorie età > 17 con cc	4,7	5,2	4,9	79	450	12.921	392
080	4	Infezioni e infiammazioni respiratorie età > 17 senza cc	7,6	8,1	7,8	92	392	9.423	360
088	4	Malattia polmonare cronica ostruttiva	5,1	6,1	5,6	31	397	5.587	350
089	4	Polmonite semplice e pleurite età > 17 con cc	4,0	4,2	4,1	38	465	7.685	408
090	4	Polmonite semplice e pleurite età > 17 senza cc	4,7	5,0	4,8	31	375	5.128	241
096	4	Bronchite e asma età > 17 con cc	5,6	7,5	6,5	28	430	4.597	371
097	4	Bronchite e asma età > 17 senza cc	9,8	12,1	10,9	27	381	3.609	252
099	4	Segni e sintomi respiratori con cc	8,0	7,8	7,9	41	423	4.987	223
100	4	Segni e sintomi respiratori senza cc	14,4	15,8	15,1	37	393	3.700	209
101	4	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con cc	9,9	10,6	10,2	34	538	5.801	454
102	4	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza cc	19,5	21,9	20,7	25	499	3.483	433
130	5	Malattie vascolari periferiche con cc	8,4	9,0	8,7	48	483	6.825	414
131	5	Malattie vascolari periferiche senza cc	14,5	15,5	15	39	438	4.731	383
132	5	Arteriosclerosi con cc	7,3	8,5	7,9	34	482	5.869	293
133	5	Arteriosclerosi senza cc	11,5	12,5	12	34	447	4.224	269
134	5	Ipertensione	10,8	12,9	11,8	27	454	3.903	287
143	5	Dolore toracico	25,4	25,5	25,4	19	740	4.346	656
144	5	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc	8,1	8,5	8,3	37	556	7.637	455
145	5	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc	12,6	13,8	13,2	41	488	5.199	423
182	6	Esofagite gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente età>17 con cc	10,5	12,7	11,6	31	458	4.826	291
183	6	Esofagite gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato	18,4	20,1	19,2	25	442	3.373	288

		digerente età >17 senza cc								
185	3	Malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione età >17	23,9	24,2	24	23	603	3.781	459	
187	3	Estrazioni e riparazioni dentali	30,9	37,3	34,1	11	719	3.207	491	
188	6	Altre diagnosi relative all'apparato digerente età > 17 con cc	14,4	15,2	14,8	39	519	6.418	423	
189	6	Altre diagnosi relative all'apparato digerente età > 17 senza cc	19,9	22,6	21,2	21	485	3.572	416	
202	7	Cirrosi e epatite alcolica	8,2	9,3	8,7	41	618	7.928	481	
204	7	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	8,3	8,6	8,4	37	469	6.380	394	
205	7	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatite alcolica con cc	8,8	10,8	9,8	42	528	7.298	469	
206	7	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatite alcolica senza cc	13,1	18,4	15,7	41	524	4.631	422	
207	7	Malattie delle vie biliari con cc	7,1	8,3	7,7	37	491	6.633	377	
208	7	Malattie delle vie biliari senza cc	13,5	16,1	14,8	31	444	4.333	303	
243	8	Afezioni mediche del dorso	14,0	16,1	15	31	468	4.213	255	
244	8	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	4,7	6,8	5,7	37	556	5.751	257	
245	8	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc	11,2	15,2	13,2	39	455	4.084	200	
247	8	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	18,2	18,0	18,1	41	486	3.710	277	
249	8	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	22,2	24,5	23,3	15	581	2.848	432	
256	8	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	19,0	22,7	20,8	23	540	3.362	340	
276	9	Patologie non maligne della mammella	21,3	24,5	22,9	19	507	2.664	408	
277	9	Cellulite età > 17 con cc	5,9	7,4	6,6	37	445	6.554	256	
278	9	Cellulite età > 17 senza cc	15,2	18,0	16,6	28	423	3.885	253	
280	9	Traumi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella età>17 con cc	19,7	24,2	21,9	25	639	3.739	518	
281	9	Traumi della pelle del tessuto sub-cutaneo e della mammella età>17 senza cc	31,8	27,6	29,7	15	627	3.115	501	
284	9	Malattie minori della pelle senza cc	18,6	22,6	20,6	27	454	3.304	407	
294	10	Diabete età > 35	6,2	7,8	7	34	434	5.004	264	
295	10	Diabete età < 36	12,8	14,4	13,6	32	589	4.240	501	
300	10	Malattie endocrine con cc	11,7	12,8	12,2	42	540	6.490	447	
301	10	Malattie endocrine senza cc	15,4	19,5	17,4	32	540	3.753	301	
320	11	Infezioni del rene e delle vie urinarie età > 17 con cc	7,1	9,0	8	31	478	5.404	399	
321	11	Infezioni del rene e delle vie urinarie età > 17 senza cc	12,6	15,6	14,1	24	453	4.259	315	
325	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 con cc	14,8	16,6	15,7	27	582	5.668	500	
326	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 senza cc	22,1	23,3	22,7	21	511	4.130	443	
328	11	Stenosi uretrale età > 17 con cc	16,7	17,7	17,2	28	622	5.076	294	
329	11	Stenosi uretrale età > 17 senza cc	19,3	23,8	21,5	25	467	2.940	241	
331	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età > 17 con cc	9,4	11,8	10,6	42	511	6.387	422	
332	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età > 17 senza cc	14,3	17,0	15,6	33	496	4.155	422	
369	13	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	26,8	27,3	27	11	606	2.657	520	
467	23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	17,6	22,0	19,8	11	532	2.931	282	



Per la corretta individuazione della ripetizione del ricovero di un individuo effettuato nello stesso istituto e per lo stesso DRG nel file A2 è stato introdotto il campo **Ripetizione**. Essendoci tre diverse tipologie di identificazione dell'utente il campo Ripetizione permette alla Regione Contestante di dichiarare quali record (relativi allo stesso istituto e stesso DRG) sono ritenuti attribuibili allo stesso soggetto. Associando al campo Ripetizione le date di ammissione e di dimissione è garantita la determinazione dell'ordine cronologico dei ricoveri. Tali campi individuano l'ordine temporale con cui si sono effettuati i ricoveri.

Per segnalare la ripetizione dei ricoveri oggetto di controllo deve essere adottata la seguente metodologia:

In una prima fase si individuano tutti i record attribuibili al medesimo utente, ricoverato nello stesso istituto per stesso DRG compilando il campo Ripetizione con un valore tale da identificare in modo univoco l'insieme di ricoveri, indipendentemente dall'intervallo di tempo intercorso tra un ricovero e il successivo.

In una seconda fase i record aventi uno stesso valore nel campo ripetizione devono essere ordinati cronologicamente in base alla data di dimissione. Partendo dalla primo ricovero in ordine cronologico si effettua la differenza tra la data di dimissione (campo DATA DI DIMISSIONE O MORTE) e la data di ammissione (campo DATA DI RICOVERO) del ricovero successivo.

Se il tempo intercorso tra due ricoveri è inferiore a quattro giorni deve essere segnalato l'errore "1" nel campo ERR07 del secondo dei due ricoveri confrontati. Se il tempo intercorso tra due ricoveri successivi è pari a 4 o 30 giorni deve essere segnalato l'errore "2" nel campo ERR07 del secondo dei due ricoveri confrontati. Il primo ricovero del confronto non deve essere contestato.

Se i record sono contestati erroneamente la regione creditrice in fase della controdeduzione rifiuta la contestazione valorizzando la posizione contabile con "A". Se i record sono stati contestati correttamente ma si accerta un errore nella data di ammissione e/o di dimissione e se la correzione modifica l'intervallo di tempo intercorso con il ricovero successivo allora la Posizione contabile del secondo ricovero è valorizzata con la lettera "B" e il campo importo non risulta modificato.

Per semplificare le procedure di controllo si verifica l'intervallo di tempo intercorso tra un ricovero e il ricovero immediatamente successivo in ordine cronologico.

Identificativo	Istituto	DRG	Ripetizione	Data ammissione	Data dimissione	ERR07	Posizione contabile
Mario Rossi	A	xxx	1	01/01/2000	05/01/2000	0	0 *
Mario Rossi	A	xxx	1	07/01/2000	12/01/2000	1	5
Mario Rossi	A	xxx	1	24/01/2000	03/02/2000	2	5
Mario Rossi	A	xxx	1	05/02/2000	24/02/2000	1	5
Mario Rossi	A	xxx	1	13/04/2000	18/04/2000	0	0 *
Mario Rossi	A	xxx	1	10/05/2000	15/05/2000	2	5
Identificativo	Istituto	DRG	Ripetizione	Data ammissione	Data dimissione	ERR07	Importo
Mario Rossi	B	xxx	2	01/06/2000	05/06/2000	0	0 *
Mario Rossi	B	xxx	2	07/06/2000	12/06/2000	1	5
Mario Rossi	B	xxx	2	24/06/2000	03/07/2000	2	5
Identificativo	Istituto	DRG	Ripetizione	Data ammissione	Data dimissione	ERR07	Importo
Mario Rossi	B	zzz	3	01/08/2000	05/08/2000	0	0 *
Mario Rossi	B	zzz	3	07/08/2000	12/08/2000	1	5
Mario Rossi	B	zzz	3	24/08/2000	03/09/2000	2	5
Mario Rossi	B	zzz	3	05/11/2000	24/11/2000	0	0 *

Per la corretta comprensione della contestazione del ricovero ripetuto di un individuo effettuato nello stesso istituto e per lo stesso DRG si deve adottare la seguente modalità di invio.

In presenza di un ricovero contestato in quanto ritenuto ripetuto devono essere inviati tutti i ricoveri che presentano lo stesso valore nel campo Ripetizione.

Si ricorda che il campo Ripetizione permette alla Regione contestata di individuare i ricoveri ritenuti attribuibili allo stesso soggetto e che la contestazione dei ricoveri avviene dal confronto dell'intervallo di tempo intercorso tra un ricovero e il ricovero immediatamente successivo in ordine cronologico.

E' necessario inviare oltre al ricovero contestato anche il ricovero che ha determinato la sua



contestazione. Per semplicità si inviano tutti i ricoveri che presentano lo stesso valore nel campo

**Ripetizione.**

I ricoveri che non presentano alcun codice errore nel campo ERR07 e non risultano essere contestati per nessun altro errore devono essere inviati con posizione contabile 0 (zero). Tale segnalazione permette di indicare che l'invio del ricovero è stato effettuato solo per facilitare la Regione contestata ad individuare il motivo della contestazione del ricovero ripetuto e permette informaticamente di escludere l'importo del ricovero non contestato dal computo nel Modello C.

Se il ricovero non presenta alcuna segnalazione di errore nei restanti campi contestabili, ovvero in presenza di un record corretto e accettato, la posizione contabile deve essere posta pari a 0 (zero). Se il ricovero risulta essere contestato per altre tipologie di errore deve essere posto nel campo posizione contabile il codice 5.

Un ricovero risulta contestato erroneamente per gli eventi sentinella se:

? Non possiede le caratteristiche tali da essere definito un ricovero controllabile per l'evento sentinella

? Pur possedendo le caratteristiche richieste non presenta alcun evento contestabile

Per i ricoveri ripetuti si considera errata la contestazione quando:

? Il Campo ripetizione risulta non compilato

? Non è inviato il ricovero che cronologicamente precede il ricovero contestato. Tale ricovero è fondamentale per verificare la correttezza della contestazione

Se un ricovero è contestato per 2 eventi sentinella (es. durata breve e ripetuto) deve essere applicata la regola più severa a livello finanziario.

# **TARIFFA UNICA CONVENZIONALE**

**(TUC)**

## TARIFFA UNICA CONVENZIONALE

La tariffa unica convenzionale si fonda sulle tariffe istituite sul D.M. 97 modificate secondo i criteri riassunti nella seguente tabella:

Classi di DRG	Tipologia di DRG	Ordinario >1 g.	Ordinari di 1 g.	Day hospital
Alta complessità	Chirurgici	+10% DM97	DM97	DM97
Alta complessità	Medici	+10% DM97	DM97	DM97* accessi
Lea	Chirurgici	80% DM97	80% ord. DM97	80% ord DM97
Lea	Medici	60% DM97	DM97	DM97*accessi
Sentinella	Medici	80% DM97	DM97	DM97*accessi
Restanti DRG	Chirurgici	DM97	80% ord DM97	80% ord DM97
	Medici	85% DM97	DM97	DM97*accessi
DRG speciali	410, 492	DM97	DM97	+20%DM97*accessi
	124,125,323	DM97	80% ord. DM97	80% ord DM97
Trapianti		tariffa specifica	DM97	DM97

# **TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo HCFA-DRG Versione 10°

## **? RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO O DI PAZIENTI 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). 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).

## **? 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 tal regola i DRG 124,125,323 e i DRG di tipo chirurgico per i quali la tariffa è DRG-specifica.

## **? 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' PROTESICA

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati determinati codici di intervento si dovrà incrementare la tariffa DRG di una quota per il riconoscimento economico dell'attività protesica:

**Protesi coclearie** (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 21.474,28

**Stimolatore cerebrale** (codice intervento 02.93 associato a diagnosi, in qualsiasi posizione 332.0) tariffa aggiuntiva € 16.010,16

## ? ATTIVITA' TRAPIANTI

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione dei trapianti per quei casi in cui è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG, (302, - rene; 480 - fegato; 103 - cuore; 481 - midollo) è riportata nel tariffario allegato.

### TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 associati ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83

Tariffa specifica € 236.795,00

### TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 e in diagnosi secondaria V42.8 associati ai DRG 148 o 149

Tariffa specifica € 164.233,00

### TRAPIANTO DI RENE E PANCREAS

Se esistono gli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati al DRG 302

Tariffa specifica € 65.027,00

### 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 € 59.000,00

### TRAPIANTO DI POLMONE

Interventi 33.50 o 33.51 o 33.52 associati al DRG 75

Tariffa specifica € 69.678,00

A tutte le tariffe si applicherà un incremento massimo del 15% per l'Istituto Gaslini e un incremento del 6% per le Aziende miste.

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI**  
**HCFA-DRG Versione 10°**

classe	mdc	tipo drg	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	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	10.401,38	2.103,01	2.103,01	57	258,22
alta complessità	1	C	002	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	9.398,68	2.848,25	2.848,25	34	302,64
alta complessità	1	C	003	CRANIOTOMIA ETA' < 18	9.746,36	1.965,63	1.965,63	54	302,64
alta complessità	1	C	004	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	7.073,44	1.771,96	1.771,96	47	164,23
	1	C	005	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	4.735,90	3.788,72	3.788,72	31	262,36
esclusi dai LEA	1	C	006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1.202,30	1.202,30	1.202,30	11	277,85
alta complessità	1	C	007	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	7.931,27	1.325,22	1.325,22	83	207,61
	1	C	008	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2.770,27	2.216,21	2.216,21	25	170,94
	1	M	009	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	4.495,23	274,75	274,75	41	228,79
	1	M	010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	4.188,38	283,53	283,53	63	244,80
	1	M	011	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2.740,16	265,45	265,45	50	223,62
	1	M	012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	3.428,05	232,40	232,40	48	199,86
	1	M	013	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	2.262,53	228,79	228,79	43	202,96
	1	M	014	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	3.337,62	239,11	239,11	52	196,25
	1	M	015	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	2.090,89	232,40	232,40	24	197,80
sentinella	1	M	016	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	3.148,32	252,54	252,54	41	207,09
sentinella	1	M	017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	2.259,60	222,59	222,59	37	133,24
sentinella	1	M	018	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	2.602,93	247,38	247,38	37	204,00
esclusi dai LEA	1	M	019	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	1.496,07	239,11	239,11	33	152,35
	1	M	020	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	4.655,02	319,68	319,68	55	182,82
	1	M	021	MENINGITE VIRALE	2.581,68	243,76	243,76	31	141,50
	1	M	022	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	2.849,03	251,51	251,51	31	216,39
	1	M	023	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	2.351,21	233,95	233,95	41	170,94
sentinella	1	M	024	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	2.149,69	272,17	272,17	31	212,26
esclusi dai LEA	1	M	025	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	1.229,26	245,31	245,31	25	156,48
	1	M	026	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	1.469,29	303,67	303,67	19	260,81
	1	M	027	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	3.837,63	316,58	316,58	37	244,28
	1	M	028	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	3.581,26	308,84	308,84	31	253,58
	1	M	029	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	1.827,94	267,00	267,00	14	221,56

	1	M	030	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	1.197,55	366,16	366,16	7	292,83
	1	M	031	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	1.778,33	425,04	425,04	25	325,88
	1	M	032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.191,41	362,55	362,55	11	170,43
	1	M	033	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	941,18	420,91	420,91	7	337,24
sentinella	1	M	034	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	3.435,88	288,18	288,18	49	253,58
sentinella	1	M	035	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	2.259,60	249,44	249,44	41	212,78
	2	C	036	INTERVENTI SULLA RETINA	2.843,09	2.274,47	2.274,47	24	184,89
	2	C	037	INTERVENTI SULL'ORBITA	3.365,23	2.692,18	2.692,18	28	241,70
	2	C	038	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	1.956,85	1.565,48	1.565,48	17	223,10
esclusi dai LEA	2	C	039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.501,44	1.501,44	1.501,44	14	243,25
esclusi dai LEA	2	C	040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17	1.163,47	1.163,47	1.163,47	11	261,32
esclusi dai LEA	2	C	041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	1.062,24	1.062,24	1.062,24	7	262,36
esclusi dai LEA	2	C	042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	1.954,27	1.954,27	1.954,27	21	196,25
	2	M	043	IFEMA	990,79	241,18	241,18	14	178,17
	2	M	044	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	2.027,68	245,83	245,83	27	151,83
	2	M	045	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	1.905,64	297,47	297,47	25	246,86
sentinella	2	M	046	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	1.993,10	287,15	287,15	29	242,21
sentinella	2	M	047	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	1.507,64	266,49	266,49	23	225,17
	2	M	048	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	1.392,47	317,62	317,62	15	281,98
alta complessità	3	C	049	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	7.655,74	1.984,22	1.984,22	71	195,22
	3	C	050	SIALOADENECTOMIA	2.701,58	2.161,26	2.161,26	24	223,10
	3	C	051	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	2.367,95	1.894,36	1.894,36	17	220,52
	3	C	052	RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	2.381,89	1.905,51	1.905,51	18	211,23
	3	C	053	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	2.236,25	1.789,00	1.789,00	17	195,22
	3	C	054	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	2.090,61	1.672,48	1.672,48	21	160,10
esclusi dai LEA	3	C	055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1.598,53	1.598,53	1.598,53	14	220,52
	3	C	056	RINOPLASTICA	1.760,08	1.408,06	1.408,06	14	210,71
	3	C	057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA ETA' > 17	1.482,23	1.185,78	1.185,78	11	187,99
	3	C	058	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA ETA' < 18	1.401,66	1.121,32	1.121,32	5	252,03
	3	C	059	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA, ETA' > 17	1.018,96	815,16	815,16	7	177,66
	3	C	060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA, ETA' < 18	675,00	540,00	540,00	5	226,72
	3	C	061	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	2.361,75	1.889,40	1.889,40	15	363,58
	3	C	062	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	1.350,01	1.080,00	1.080,00	7	294,89
	3	C	063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.251,61	2.601,28	2.601,28	24	203,48
	3	M	064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	2.992,14	283,53	283,53	37	228,27

esclusi dai LEA	3	M	065	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	1.151,49	245,31	245,31	24	213,29
	3	M	066	EPISTASSI	1.367,44	275,78	275,78	17	169,39
	3	M	067	EPIGLOTTIDITE	1.523,72	358,42	358,42	17	261,32
sentinella	3	M	068	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	2.010,04	269,07	269,07	27	242,73
sentinella	3	M	069	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.436,16	240,66	240,66	17	210,71
	3	M	070	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	1.158,04	263,90	263,90	11	186,44
	3	M	071	LARINGOTRACHEITE	1.420,56	259,26	259,26	11	247,89
	3	M	072	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	1.676,93	370,29	370,29	14	285,08
sentinella	3	M	073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	1.713,80	310,90	310,90	17	258,22
	3	M	074	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	1.172,09	362,55	362,55	7	274,75
alta complessità	4	C	075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	8.067,04	1.911,40	1.911,40	48	220,01
alta complessità	4	C	076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	7.639,84	1.210,57	1.210,57	64	213,81
	4	C	077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	2.680,92	2.144,73	2.144,73	45	204,00
	4	M	078	EMBOLIA POLMONARE	3.652,38	245,31	245,31	55	204,51
alta complessità	4	M	079	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	7.340,44	232,40	232,40	79	202,45
sentinella	4	M	080	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.893,25	202,45	202,45	92	185,92
	4	M	081	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	3.670,81	326,40	326,40	41	290,76
	4	M	082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	3.240,16	258,22	258,22	47	167,84
	4	M	083	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	2.055,34	285,60	285,60	24	226,20
	4	M	084	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	1.249,79	265,45	265,45	17	218,46
	4	M	085	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	3.715,15	250,48	250,48	51	228,27
	4	M	086	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	3.266,50	243,25	243,25	48	139,44
	4	M	087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2.688,79	270,62	270,62	31	214,84
sentinella	4	M	088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	2.308,35	205,03	205,03	31	180,75
sentinella	4	M	089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	3.175,17	240,15	240,15	38	210,71
sentinella	4	M	090	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	2.118,71	193,67	193,67	31	124,46
	4	M	091	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	1.655,41	242,21	242,21	17	222,59
	4	M	092	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	3.994,78	230,85	230,85	44	201,93
	4	M	093	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	2.655,43	220,01	220,01	39	196,25
	4	M	094	PNEUMOTORACE, CON CC	3.646,23	254,61	254,61	41	218,46
	4	M	095	PNEUMOTORACE, SENZA CC	1.917,05	215,36	215,36	24	184,89
sentinella	4	M	096	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	1.899,32	222,07	222,07	28	191,60
sentinella	4	M	097	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	1.491,11	196,77	196,77	27	130,14
	4	M	098	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	1.307,30	252,54	252,54	17	232,40
sentinella	4	M	099	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	2.060,45	218,46	218,46	41	115,16
sentinella	4	M	100	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	1.528,71	202,96	202,96	37	107,93
sentinella	4	M	101	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	2.396,76	277,85	277,85	34	234,47
sentinella	4	M	102	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	1.439,04	257,71	257,71	25	223,62



				INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO					
alta complessità	5	C	104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	20.159,67	11.462,76	11.462,76	48	674,49
alta complessità	5	C	105	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	17.043,07	7.242,79	7.242,79	38	312,97
alta complessità	5	C	106	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	17.159,53	4.618,67	4.618,67	52	654,35
alta complessità	5	C	107	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	14.202,56	3.572,84	3.572,84	29	285,08
alta complessità	5	C	108	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	12.498,25	4.089,82	4.089,82	32	373,39
alta complessità	5	C	110	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	11.212,06	2.811,59	2.811,59	61	283,01
alta complessità	5	C	111	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	6.874,03	1.931,54	1.931,54	45	231,37
	5	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	6.197,48	4.957,98	4.957,98	24	349,64
alta complessità	5	C	113	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	10.395,13	1.822,57	1.822,57	87	214,32
alta complessità	5	C	114	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	7.087,64	1.002,95	1.002,95	82	236,02
alta complessità	5	C	115	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	11.638,14	5.813,23	5.813,23	41	436,92
alta complessità	5	C	116	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	7.635,85	6.026,53	6.026,53	24	362,03
	5	C	117	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	4.872,25	3.897,80	3.897,80	28	298,51
	5	C	118	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	6.455,71	5.164,56	5.164,56	32	259,77
esclusi dai LEA	5	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.518,79	1.518,79	1.518,79	14	244,80
alta complessità	5	C	120	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	7.288,75	1.680,55	1.680,55	65	312,45
	5	M	121	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	4.151,06	295,41	295,41	32	237,57
	5	M	122	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	3.306,01	292,83	292,83	26	234,47
	5	M	123	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	2.984,23	435,37	435,37	27	305,22
	5	M	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	3.621,39	2.897,11	2.897,11	37	361,00
	5	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	1.737,36	1.389,88	1.389,88	14	246,34
alta complessità	5	M	126	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	9.194,16	262,36	262,36	98	224,65
	5	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	2.627,78	238,08	238,08	34	198,83
	5	M	128	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	2.235,32	211,23	211,23	31	183,85
	5	M	129	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	3.434,63	331,04	331,04	56	200,90
sentinella	5	M	130	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	2.819,84	249,44	249,44	48	213,81
esclusi dai LEA	5	M	131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	1.466,01	226,20	226,20	39	197,80
sentinella	5	M	132	ATEROSCLEROSI, CON CC	2.424,86	248,93	248,93	34	151,32
esclusi dai LEA	5	M	133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	1.308,90	230,85	230,85	34	138,92
esclusi dai LEA	5	M	134	IPERTENSIONE	1.209,43	234,47	234,47	27	148,22
	5	M	135	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	2.586,07	264,42	264,42	34	213,29
	5	M	136	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	1.771,75	238,60	238,60	35	210,19

	5	M	138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	2.747,18	321,23	321,23	31	277,85
	5	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	1.610,20	243,76	243,76	25	209,16
	5	M	140	ANGINA PECTORIS	1.852,52	246,34	246,34	24	211,23
	5	M	141	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	2.054,02	263,39	263,39	27	157,00
esclusi dai LEA	5	M	142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	1.082,38	242,73	242,73	21	143,05
sentinella	5	M	143	DOLORE TORACICO	1.795,61	382,17	382,17	19	338,79
sentinella	5	M	144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	3.155,34	287,15	287,15	37	234,98
sentinella	5	M	145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	2.148,04	252,03	252,03	41	218,46
alta complessità	6	C	146	RESEZIONE RETTALE, CON CC	9.190,75	1.839,61	1.839,61	66	214,32
	6	C	147	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	5.835,96	4.668,76	4.668,76	54	196,25
alta complessità	6	C	148	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	9.667,39	1.883,00	1.883,00	65	238,08
	6	C	149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	5.137,71	4.110,16	4.110,16	49	148,73
	6	C	150	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	5.545,19	4.436,15	4.436,15	41	243,76
	6	C	151	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	2.977,89	2.382,31	2.382,31	26	188,50
	6	C	152	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	4.979,67	3.983,73	3.983,73	48	208,64
	6	C	153	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	3.491,76	2.793,40	2.793,40	34	199,86
alta complessità	6	C	154	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	11.179,11	2.164,47	2.164,47	67	270,10
	6	C	155	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	4.891,87	3.913,49	3.913,49	48	185,92
	6	C	156	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	4.692,52	3.754,01	3.754,01	24	240,15
	6	C	157	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	3.454,06	2.763,24	2.763,24	34	218,46
esclusi dai LEA	6	C	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	1.415,50	1.415,50	1.415,50	17	215,87
	6	C	159	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.899,62	3.919,69	3.919,69	44	196,77
esclusi dai LEA	6	C	160	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.912,53	1.912,53	1.912,53	27	193,15
	6	C	161	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	2.857,55	2.286,04	2.286,04	27	229,82
esclusi dai LEA	6	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.480,78	1.480,78	1.480,78	14	208,13
esclusi dai LEA	6	C	163	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	1.060,17	1.060,17	1.060,17	7	294,38
	6	C	164	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	4.306,73	3.445,38	3.445,38	28	232,40
	6	C	165	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	2.239,87	1.791,89	1.791,89	12	222,07
	6	C	166	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	3.112,16	2.489,72	2.489,72	22	226,20
	6	C	167	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	1.630,97	1.304,77	1.304,77	12	185,92
	3	C	168	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	3.636,88	2.909,50	2.909,50	43	197,80
	3	C	169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	2.492,42	1.993,93	1.993,93	23	195,73
alta complessità	6	C	170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	7.782,99	1.505,98	1.505,98	64	243,76
	6	C	171	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	3.925,07	3.140,05	3.140,05	44	213,29
	6	M	172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	3.352,55	270,62	270,62	53	237,57

	6	M	174	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	3.070,27	264,94	264,94	37	211,74
	6	M	175	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	1.823,55	230,33	230,33	27	192,63
	6	M	176	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	2.499,59	270,10	270,10	31	214,84
	6	M	177	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	2.482,47	223,10	223,10	34	184,89
	6	M	178	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	1.690,53	215,36	215,36	27	136,34
	6	M	179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	2.774,40	246,86	246,86	38	209,68
	6	M	180	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	2.353,41	257,71	257,71	34	214,32
	6	M	181	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	1.523,72	223,10	223,10	24	135,82
sentinella	6	M	182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 CON CC	1.993,93	236,53	236,53	31	150,28
esclusi dai LEA	6	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	1.045,20	228,27	228,27	25	148,73
esclusi dai LEA	6	M	184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	757,33	267,00	267,00	11	240,15
sentinella	3	M	185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' >17	1.562,17	311,42	311,42	23	237,05
	3	M	186	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	1.355,58	291,28	291,28	15	254,61
esclusi dai LEA	3	M	187	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	993,76	371,33	371,33	11	253,58
sentinella	6	M	188	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	2.651,69	268,04	268,04	39	218,46
sentinella	6	M	189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	1.475,82	250,48	250,48	21	214,84
	6	M	190	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	1.388,95	277,33	277,33	15	243,76
alta complessità	7	C	191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	12.993,06	2.405,13	2.405,13	71	265,97
alta complessità	7	C	192	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	8.034,66	1.480,16	1.480,16	59	214,84
alta complessità	7	C	193	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	9.649,78	1.888,16	1.888,16	62	233,43
alta complessità	7	C	194	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	7.209,21	1.420,25	1.420,25	57	232,92
alta complessità	7	C	195	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	7.631,88	1.526,64	1.526,64	50	207,09
	7	C	196	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.528,81	3.623,04	3.623,04	46	136,86
	7	C	197	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	5.058,69	4.046,95	4.046,95	48	200,90
	7	C	198	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	2.811,07	2.248,85	2.248,85	27	194,70
alta complessità	7	C	199	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	7.248,41	1.524,06	1.524,06	61	166,29
alta complessità	7	C	200	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	6.854,15	1.405,27	1.405,27	45	280,43
alta complessità	7	C	201	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	9.375,96	1.829,80	1.829,80	86	323,30
sentinella	7	M	202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	3.275,57	319,17	319,17	41	248,41
	7	M	203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	2.990,82	273,72	273,72	51	218,97

sentinella	7	M	205	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	3.015,28	272,68	272,68	42	242,21
------------	---	---	-----	--	----------	--------	--------	----	--------

sentinella	7	M	206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	1.913,36	270,62	270,62	41	217,94
sentinella	7	M	207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	2.740,52	253,58	253,58	37	194,70
esclusi dai LEA	7	M	208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	1.342,68	229,30	229,30	31	156,48
alta complessità	8	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	8.777,74	3.991,69	3.991,69	42	190,05
alta complessità	8	C	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 CON CC	8.340,31	1.623,22	1.623,22	62	179,21
	8	C	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	4.264,90	3.411,92	3.411,92	37	177,14
	8	C	212	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	5.476,50	4.381,20	4.381,20	41	272,17
	8	C	213	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	5.853,52	4.682,81	4.682,81	82	158,55
alta complessità	8	C	214	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	7.553,49	1.871,63	1.871,63	57	196,77
	8	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	3.279,50	2.623,60	2.623,60	34	149,25
	8	C	216	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	4.704,92	3.763,93	3.763,93	37	310,39
alta complessità	8	C	217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	8.964,08	2.185,12	2.185,12	69	254,61
	8	C	218	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERI ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' >17 CON CC	5.649,52	4.519,61	4.519,61	48	185,40
	8	C	219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERI ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' >17 SENZA CC	2.767,69	2.214,15	2.214,15	31	175,59
	8	C	220	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERI ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	2.551,29	2.041,03	2.041,03	24	204,00
	8	C	221	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	4.343,91	3.475,12	3.475,12	42	192,12
esclusi dai LEA	8	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	2.201,75	2.201,75	2.201,75	21	182,82
	8	C	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	2.391,71	1.913,36	1.913,36	24	196,77
	8	C	224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	2.040,52	1.632,41	1.632,41	21	187,47
	8	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	2.275,50	1.820,40	1.820,40	21	227,24
	8	C	226	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	4.575,29	3.660,23	3.660,23	42	204,00
	8	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	1.950,14	1.560,11	1.560,11	17	202,45
	8	C	228	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	2.178,93	1.743,14	1.743,14	21	231,88
	8	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.530,77	1.224,61	1.224,61	11	195,22
	8	C	230	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	2.308,56	1.846,84	1.846,84	21	150,28
	8	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	2.327,67	1.862,13	1.862,13	17	230,33
esclusi dai LEA	8	C	232	ARTROSCOPIA	1.580,76	1.580,76	1.580,76	14	194,70
alta complessità	8	C	233	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	7.678,47	1.930,51	1.930,51	47	252,03



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	9	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	2.676,27	2.141,01	2.141,01	23	164,23
esclusi dai LEA	9	C	267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	1.600,18	1.600,18	1.600,18	21	224,65
	9	C	268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	2.135,03	1.708,02	1.708,02	19	211,74
	9	C	269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	4.126,49	3.301,19	3.301,19	49	250,99
esclusi dai LEA	9	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	1.403,10	1.403,10	1.403,10	19	213,81
	9	M	271	ULCERE DELLA PELLE	3.717,34	209,16	209,16	61	181,79
	9	M	272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	3.199,34	277,85	277,85	44	226,20
	9	M	273	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	2.333,21	219,49	219,49	38	201,93
	9	M	274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	3.842,90	320,71	320,71	59	192,12
	9	M	275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	2.556,66	267,00	267,00	27	160,10
esclusi dai LEA	9	M	276	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	825,50	261,84	261,84	19	210,71
sentinella	9	M	277	CELLULITE ETA` > 17 CON CC	2.707,88	229,82	229,82	37	132,21
sentinella	9	M	278	CELLULITE ETA` > 17 SENZA CC	1.605,14	218,46	218,46	28	130,66
	9	M	279	CELLULITE ETA` < 18	1.302,47	270,62	270,62	14	246,86
sentinella	9	M	280	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` >17 CON CC	1.544,82	330,01	330,01	25	267,52
esclusi dai LEA	9	M	281	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` >17 SENZA CC	965,25	323,81	323,81	15	258,74
esclusi dai LEA	9	M	282	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` <18	878,17	504,06	504,06	7	231,88
esclusi dai LEA	9	M	283	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	1.731,57	246,34	246,34	34	146,67
esclusi dai LEA	9	M	284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	1.023,82	234,47	234,47	27	210,19
alta complessità	10	C	285	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	10.621,23	1.662,47	1.662,47	104	130,14
alta complessità	10	C	286	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	7.720,50	1.650,59	1.650,59	38	258,22
alta complessità	10	C	287	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	7.028,56	1.374,80	1.374,80	69	168,88
	10	C	288	INTERVENTI PER OBESITA`	3.572,84	2.858,27	2.858,27	41	181,79
	10	C	289	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	3.574,91	2.859,92	2.859,92	28	233,95
	10	C	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	2.495,51	1.996,40	1.996,40	21	164,74
	10	C	291	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	1.330,39	1.064,31	1.064,31	14	200,38
alta complessità	10	C	292	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	8.575,50	1.804,50	1.804,50	65	338,79
	10	C	293	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	5.042,16	4.033,72	4.033,72	43	128,59
esclusi dai LEA	10	M	294	DIABETE ETA` > 35	1.550,61	224,14	224,14	34	136,34
sentinella	10	M	295	DIABETE ETA` < 36	1.751,81	304,19	304,19	32	258,74
	10	M	296	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 CON CC	2.816,10	248,41	248,41	41	226,20
	10	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 SENZA CC	2.174,74	240,15	240,15	39	202,45



	10	M	298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	1.305,98	248,41	248,41	15	202,96
	10	M	299	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	2.386,33	340,86	340,86	27	230,85
sentinella	10	M	300	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	2.681,44	278,88	278,88	42	230,85
esclusi dai LEA	10	M	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	1.162,95	278,88	278,88	32	155,45
alta complessità	11	C	302	TRAPIANTO RENALE	42.453,00	3.958,12	3.958,12	62	744,21
alta complessità	11	C	303	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	7.944,34	1.800,36	1.800,36	58	182,30
alta complessità	11	C	304	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7.268,29	1.455,37	1.455,37	51	225,17
	11	C	305	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	4.856,24	3.884,99	3.884,99	37	219,49
	11	C	306	PROSTATECTOMIA, CON CC	4.481,81	3.585,44	3.585,44	44	217,94
	11	C	307	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	2.776,47	2.221,17	2.221,17	28	180,75
	11	C	308	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	5.283,35	4.226,68	4.226,68	55	282,50
	11	C	309	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	3.411,71	2.729,36	2.729,36	42	157,00
	11	C	310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	3.631,72	2.905,37	2.905,37	31	259,26
	11	C	311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	2.061,17	1.648,93	1.648,93	21	161,13
	11	C	312	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	2.321,47	1.857,17	1.857,17	31	210,19
	11	C	313	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	2.113,85	1.691,08	1.691,08	24	186,95
	11	C	314	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	2.378,28	1.902,62	1.902,62	25	200,38
	11	C	315	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	5.780,70	4.624,56	4.624,56	68	218,46
	11	M	316	INSUFFICIENZA RENALE	3.370,54	322,78	322,78	46	252,54
	11	M	317	RICOVERO PER DIALISI RENALE	2.097,91	297,47	297,47	41	170,43
	11	M	318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	3.091,79	333,11	333,11	49	280,95
	11	M	319	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	2.441,20	249,96	249,96	37	206,06
sentinella	11	M	320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.232,74	246,86	246,86	31	206,06
sentinella	11	M	321	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.759,66	233,95	233,95	24	162,68
	11	M	322	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	1.840,23	275,78	275,78	23	168,88
	11	M	323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	2.773,37	2.218,69	2.218,69	17	246,86
esclusi dai LEA	11	M	324	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	902,97	221,56	221,56	17	185,40
sentinella	11	M	325	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.341,81	300,57	300,57	27	258,22
esclusi dai LEA	11	M	326	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.279,77	263,90	263,90	21	228,79
	11	M	327	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	1.520,21	281,98	281,98	15	254,09
sentinella	11	M	328	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	2.097,22	321,23	321,23	28	151,83
sentinella	11	M	329	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.214,70	241,18	241,18	25	124,46
	11	M	330	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	1.091,32	310,39	310,39	15	175,07
sentinella	11	M	331	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.638,88	263,90	263,90	42	217,94
sentinella	11	M	332	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.716,69	256,16	256,16	33	217,94

	11	M	333	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	1.906,95	342,41	342,41	15	278,88
	12	C	334	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	5.443,97	4.355,17	4.355,17	43	210,71
	12	C	335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	4.380,58	3.504,46	3.504,46	33	205,03
	12	C	336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	3.459,22	2.767,37	2.767,37	35	182,82
	12	C	337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	2.630,31	2.104,24	2.104,24	28	177,14
	12	C	338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	3.215,46	2.572,36	2.572,36	24	226,20
	12	C	339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	1.587,07	1.269,65	1.269,65	11	191,08
	12	C	340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	1.456,40	1.165,12	1.165,12	7	299,02
	12	C	341	INTERVENTI SUL PENE	3.158,13	2.526,50	2.526,50	21	204,00
	12	C	342	CIRCONCISIONE ETA' > 17	1.457,44	1.165,95	1.165,95	11	264,94
	12	C	343	CIRCONCISIONE ETA' < 18	905,86	724,68	724,68	5	244,28
	12	C	344	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	4.665,67	3.732,53	3.732,53	41	183,85
	12	C	345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	3.031,60	2.425,28	2.425,28	27	226,20
	12	M	346	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	3.464,93	290,76	290,76	45	246,86
	12	M	347	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	2.409,60	264,94	264,94	41	230,33
	12	M	348	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	2.308,20	231,37	231,37	31	194,18
	12	M	349	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	1.822,67	227,24	227,24	29	193,15
	12	M	350	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.369,63	269,07	269,07	17	221,56
	12	M	352	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.297,21	471,00	471,00	15	192,63
	13	C	353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	5.824,08	4.659,26	4.659,26	38	257,19
	13	C	354	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	5.703,74	4.562,99	4.562,99	57	177,14
	13	C	355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	3.238,18	2.590,54	2.590,54	29	133,24
	13	C	356	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.741,35	2.193,08	2.193,08	23	135,31
alta complessità	13	C	357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	6.742,24	1.680,55	1.680,55	45	191,08
	13	C	358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	3.551,15	2.840,92	2.840,92	29	197,80
	13	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	2.549,74	2.039,79	2.039,79	17	160,61
	13	C	360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	1.942,91	1.554,32	1.554,32	11	244,80
	13	C	361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	1.662,47	1.329,97	1.329,97	11	253,58
	13	C	362	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.045,82	836,65	836,65	7	161,13
	13	C	363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	2.402,55	1.922,04	1.922,04	17	268,55
esclusi dai LEA	13	C	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	1.175,86	1.175,86	1.175,86	7	235,50
	13	C	365	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3.714,87	2.971,89	2.971,89	43	184,89

	13	M	366	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	3.374,05	311,42	311,42	55	257,71
	13	M	367	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	1.963,59	281,98	281,98	27	252,54
	13	M	368	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.574,20	258,22	258,22	17	175,59
<i>sentinella</i>	13	M	369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.097,77	312,97	312,97	11	268,55
	14	C	370	PARTO CESAREO CON CC	3.371,94	2.697,55	2.697,55	22	192,63
	14	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	2.359,69	1.887,75	1.887,75	13	169,39
	14	M	372	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	1.906,95	317,62	317,62	17	248,93
	14	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	1.266,04	307,80	307,80	7	196,77
	14	C	374	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.945,49	1.556,39	1.556,39	9	256,67
	14	C	375	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	3.045,02	2.436,01	2.436,01	9	338,27
	14	M	376	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	1.090,00	265,97	265,97	8	221,56
	14	C	377	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	2.393,26	1.914,60	1.914,60	15	355,32
	14	M	378	GRAVIDANZA ECTOPICA	1.920,56	299,02	299,02	14	181,27
	14	M	379	MINACCIA DI ABORTO	1.747,60	288,18	288,18	17	215,87
	14	M	380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	935,04	346,54	346,54	7	189,53
	14	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	1.348,98	1.079,18	1.079,18	4	294,89
	14	M	382	FALSO TRAVAGLIO	373,13	336,21	336,21	19	94,51
	14	M	383	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	1.323,11	289,73	289,73	14	192,63
	14	M	384	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	1.201,06	250,48	250,48	19	174,56
	15		385	NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	3.942,11	303,67	303,67	19	260,29
<i>alta complessità</i>	15		386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	13.360,63	275,78	275,78	138	165,26
<i>alta complessità</i>	15		387	PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	7.450,09	260,81	260,81	83	157,51
	15		388	PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	3.757,22	183,34	183,34	48	180,24
	15		389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	1.814,31	203,48	203,48	17	128,08
	15		390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	1.295,79	161,65	161,65	14	95,54
	15		391	NEONATO NORMALE	516,45	173,01	173,01	8	0,00
<i>alta complessità</i>	16	C	392	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	6.666,11	1.586,55	1.586,55	32	291,79
	16	C	393	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	4.327,90	3.462,32	3.462,32	20	232,92
	16	C	394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	3.785,62	3.028,49	3.028,49	29	297,47
<i>esclusi dai LEA</i>	16	M	395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	2.036,17	279,91	279,91	43	238,60
	16	M	396	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	1.329,68	307,80	307,80	11	227,24
	16	M	397	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	4.072,05	435,88	435,88	37	337,24
	16	M	398	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	5.069,43	365,65	365,65	57	187,99

	16	M	399	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	2.473,69	282,50	282,50	32	168,88
alta complessità	17	C	400	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	10.229,81	1.828,25	1.828,25	57	305,22
alta complessità	17	C	401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	9.846,91	1.320,06	1.320,06	78	272,17
	17	C	402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3.760,32	3.008,25	3.008,25	45	149,25
alta complessità	17	M	403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	7.969,90	370,81	370,81	60	305,74
	17	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	3.050,52	271,65	271,65	46	236,02
	17	M	405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	6.335,91	696,18	696,18	19	543,82
alta complessità	17	C	406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	11.489,87	1.724,44	1.724,44	75	243,25
	17	C	407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	5.026,15	4.020,92	4.020,92	51	171,46
	17	C	408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	4.786,00	3.828,80	3.828,80	33	300,57
	17	M	409	RADIOTERAPIA	2.418,81	363,06	363,06	24	270,62
	17	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1.838,07	344,99	413,99	11	272,68
	17	M	411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	1.332,76	268,04	268,04	23	165,26
	17	M	412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	1.078,14	349,64	349,64	19	254,61
	17	M	413	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	4.582,15	279,40	279,40	65	226,72
	17	M	414	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	2.984,68	262,87	262,87	50	156,48
alta complessità	18	C	415	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	7.669,94	1.653,17	1.653,17	43	266,49
	18	M	416	SETTICEMIA, ETA' > 17	4.260,82	260,29	260,29	51	211,23
	18	M	417	SETTICEMIA, ETA' < 18	2.302,48	269,07	269,07	24	244,28
	18	M	418	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	2.359,99	258,22	258,22	31	225,69
	18	M	419	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	2.556,22	279,40	279,40	34	171,98
	18	M	420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	1.967,53	253,58	253,58	28	148,73
	18	M	421	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	1.871,84	263,39	263,39	21	180,24
	18	M	422	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	1.411,34	275,78	275,78	14	246,86
	18	M	423	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.842,00	329,49	329,49	28	253,06
alta complessità	19	C	424	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	8.206,23	1.185,26	1.185,26	49	220,52
	19	M	425	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	1.807,74	277,33	277,33	33	241,70
esclusi dai LEA	19	M	426	NEVROSI DEPRESSIVE	1.285,35	210,71	210,71	44	198,31
esclusi dai LEA	19	M	427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	1.131,03	226,72	226,72	43	213,29
	19	M	428	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	2.008,37	201,93	201,93	51	187,99
esclusi dai LEA	19	M	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	1.771,23	221,56	221,56	53	147,70
	19	M	430	PSICOSI	2.494,32	190,57	190,57	63	180,24

	19	M	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	1.550,50	228,79	228,79	27	155,96
	19	M	432	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	1.988,60	237,57	237,57	25	176,11
	20		433	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	1.104,18	305,74	305,74	4	281,98
	20		434	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	2.332,83	210,19	210,19	31	192,12
	20		435	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	1.983,19	201,41	201,41	41	191,60
	20		436	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	2.333,35	137,89	137,89	51	82,63
	20		437	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBinate	2.574,02	149,77	149,77	57	89,86
	21	C	439	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	3.828,49	3.062,79	3.062,79	50	214,32
	21	C	440	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	5.132,03	4.105,62	4.105,62	47	357,90
	21	C	441	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	1.900,56	1.520,44	1.520,44	19	211,23
alta complessità	21	C	442	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	7.565,41	1.437,81	1.437,81	78	280,95
	21	C	443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	3.943,14	3.154,51	3.154,51	43	210,19
	21	M	444	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	2.121,18	239,11	239,11	28	204,00
	21	M	445	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	1.417,48	237,57	237,57	23	199,86
	21	M	446	TRAUMATISMI, ETA' < 18	1.080,35	331,04	331,04	7	275,27
	21	M	447	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	1.357,34	302,12	302,12	19	255,12
	21	M	448	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	808,61	280,95	280,95	7	258,74
	21	M	449	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	2.141,37	304,19	304,19	29	245,83
	21	M	450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	1.201,06	293,34	293,34	11	240,15
	21	M	451	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	897,28	350,15	350,15	4	261,84
	21	M	452	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	2.013,19	319,17	319,17	46	187,99
	21	M	453	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	1.481,58	234,98	234,98	29	166,81
	21	M	454	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	2.509,25	351,70	351,70	41	270,62
	21	M	455	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	1.604,93	325,88	325,88	23	142,02
	22	M	456	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	3.221,72	443,63	443,63	32	249,96
	22	M	457	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	4.048,34	313,48	313,48	50	250,48
alta complessità	22	C	458	USTIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	11.583,60	2.534,25	2.534,25	81	287,15
	22	C	459	USTIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	4.469,41	3.575,52	3.575,52	48	195,73
	22	M	460	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.267,36	267,00	267,00	31	162,16
	23	C	461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	2.797,13	2.237,70	2.237,70	29	213,81
	23	M	462	RIABILITAZIONE	1.651,47	237,57	237,57	45	91,41
	23	M	463	SEGNI E SINTOMI CON CC	2.780,98	270,10	270,10	42	148,73
	23	M	464	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	1.689,22	217,94	217,94	32	137,37

	23	M	465	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	709,40	200,90	200,90	19	200,38
	23	M	466	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	1.245,84	300,06	300,06	7	174,04
esclusi dai LEA	23	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	908,23	274,75	274,75	11	145,64
		C	468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	5.812,72	4.650,17	4.650,17	39	276,82
			469	DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	438,98	99,67	99,67	15	79,53
			470	NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	438,98	58,87	58,87	33	46,99
alta complessità	8	C	471	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	15.538,73	7.719,48	7.719,48	101	214,84
alta complessità	22	C	472	USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	35.074,64	7.311,99	7.311,99	233	300,57
alta complessità	17	M	473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	21.712,87	799,99	799,99	102	574,81
alta complessità	4	M	475	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	10.392,29	472,55	472,55	64	338,79
		C	476	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4.587,17	3.669,73	3.669,73	37	234,47
		C	477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	3.077,56	2.462,04	2.462,04	29	191,60
	5	C	478	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	5.911,36	4.729,08	4.729,08	62	225,69
	5	C	479	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	3.889,43	3.111,54	3.111,54	45	201,93
alta complessità		C	480	TRAPIANTO DI FEGATO	80.199,00	12.466,23	12.466,23	88	849,57
alta complessità		C	481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	47.514,00	4.479,74	4.479,74	106	1.027,23
alta complessità		C	482	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	11.936,96	2.457,30	2.457,30	72	222,59
alta complessità		C	483	TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	44.985,76	6.766,10	6.766,10	132	488,56
alta complessità	24	C	484	CRANOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	19.264,35	4.606,79	4.606,79	91	479,27
alta complessità	24	C	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	14.380,37	4.147,66	4.147,66	57	312,45
alta complessità	24	C	486	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	13.001,59	3.175,69	3.175,69	61	337,76
	24	M	487	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	4.707,70	457,06	457,06	35	333,11
alta complessità	25	C	488	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	12.530,62	1.469,31	1.469,31	110	197,28
	25	M	489	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	5.658,11	283,01	283,01	109	175,59
	25	M	490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	3.435,52	293,86	293,86	56	200,90
	8	C	491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	5.060,76	4.048,60	4.048,60	47	177,66
	17	M	492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	6.575,52	569,13	682,96	15	233,43

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA**

MDC	REGIME ORDINARIO Tariffa giornaliera						DAY HOSPITAL 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 Neuroriabilitazio ne	Codice 56 Riabilitazione
01-SISTEMA NERVOSO	387,34	361,51	261,84	157,10	137,89	82,73	299,02	255,64	209,47
02-OCCHIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
04-APP. RESPIRATORIO	387,34	361,51	230,85	138,51	137,89	82,73	299,02	255,64	184,68
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	387,34	361,51	250,99	150,59	137,89	82,73	299,02	255,64	200,79
06-APP. DIGERENTE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	387,34	361,51	237,05	142,23	137,89	82,73	299,02	255,64	189,64
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
11-RENE E VIE URINARIE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
15-PERiodo NEONATALE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST. MENTALI ORG. INDOTTI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICI FARMACI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
22-USTIONI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITARI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
25-INFEZIONI DA HIV	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
NON CLASSIFICABILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13