

n. 50 del 16 NOV. 2011 ALLEGATO A

SOGLIE DI AMMISSIBILITA' REGIONALE CALCOLATE PER SPECIFICO DRG (Allegato B Patto della Salute per gli anni 2010-2012)

(Dal presente elenco mancano il DRG 351 "Sterilizzazione maschile" che non compare mai nelle SDO 2010, il DRG 323 "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni" e il DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" per i quali saranno adottati appositi Decreti Commissariali)

DRG	Tipo DRG	Descrizione breve DRG	% Ordinari	% DH/DS	% Ambulatoriale
6	C	Decompressione del tunnel carpale	2,0%	18,0%	80,0%
8	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	25,0%	52,5%	22,5%
13	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	13,0%	60,9%	26,1%
19	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
36	C	Interventi sulla retina	4,0%	67,2%	28,8%
38	C	Interventi primari sull'iride	6,0%	65,8%	28,2%
39	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1,0%	19,0%	80,0%
40	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	9,0%	45,5%	45,5%
41	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	30,0%	35,0%	35,0%
42	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	4,0%	48,0%	48,0%
47	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	24,0%	53,2%	22,8%
51	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	12,0%	61,6%	26,4%
55	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	23,0%	38,5%	38,5%
59	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	36,0%	44,8%	19,2%
60	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	50,0%	35,0%	15,0%
61	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	5,0%	66,5%	28,5%
62	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	7,0%	65,1%	27,9%
65	M	Alterazioni dell'equilibrio	30,0%	35,0%	35,0%
70	M	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	25,0%	52,5%	22,5%
73	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	50,0%	35,0%	15,0%
74	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	41,0%	41,3%	17,7%
88	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	50,0%	35,0%	15,0%
119	C	Legatura e stripping di vene	5,0%	47,5%	47,5%
131	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
133	M	Aterosclerosi senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
134	M	Ipertensione	30,0%	35,0%	35,0%
139	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	50,0%	35,0%	15,0%
142	M	Sincope e collasso senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
158	C	Interventi su ano e stoma senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
160	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
162	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
163	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	30,0%	35,0%	35,0%
168	C	Interventi sulla bocca con CC	50,0%	35,0%	15,0%
169	C	Interventi sulla bocca senza CC	33,0%	46,9%	20,1%
183	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	30,0%	35,0%	35,0%
187	M	Estrazioni e riparazioni dentali	19,0%	40,5%	40,5%
189	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	37,0%	44,1%	18,9%
206	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	34,0%	46,2%	19,8%
208	M	Malattie delle vie biliari senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	38,0%	43,4%	18,6%
228	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	41,0%	41,3%	17,7%
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	13,0%	60,9%	26,1%
232	C	Artroscopia	14,0%	43,0%	43,0%
241	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	24,0%	53,2%	22,8%
243	M	Afezioni mediche del dorso	30,0%	35,0%	35,0%
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	25,0%	52,5%	22,5%

lyB

248	M	Tendinite, miosite e borsite	39,0%	42,7%	18,3%
249	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	50,0%	35,0%	15,0%
251	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	10,0%	63,0%	27,0%
252	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	35,0%	45,5%	19,5%
254	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	50,0%	35,0%	15,0%
256	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	50,0%	35,0%	15,0%
262	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	10,0%	45,0%	45,0%
266	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	5,0%	66,5%	28,5%
268	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	12,0%	61,6%	26,4%
270	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	13,0%	43,5%	43,5%
276	M	Patologie non maligne della mammella	3,0%	48,5%	48,5%
281	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
282	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	30,0%	35,0%	35,0%
283	M	Malattie minori della pelle con CC	30,0%	35,0%	35,0%
284	M	Malattie minori della pelle senza CC	23,0%	38,5%	38,5%
294	M	Diabete, età > 35 anni	30,0%	35,0%	35,0%
295	M	Diabete, età < 36 anni	50,0%	35,0%	15,0%
299	M	Difetti congeniti del metabolismo	11,0%	62,3%	26,7%
301	M	Malattie endocrine senza CC	8,0%	46,0%	46,0%
317	M	Ricovero per dialisi renale	2,0%	68,6%	29,4%
324	M	Calcolosi urinaria senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
327	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	45,0%	38,5%	16,5%
329	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	50,0%	35,0%	15,0%
332	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	50,0%	35,0%	15,0%
333	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	24,0%	53,2%	22,8%
339	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	20,0%	56,0%	24,0%
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	37,0%	44,1%	18,9%
342	C	Circoncisione, età > 17 anni	1,0%	69,3%	29,7%
343	C	Circoncisione, età < 18 anni	1,0%	69,3%	29,7%
345	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	18,0%	57,4%	24,6%
349	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	17,0%	58,1%	24,9%
352	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	25,0%	52,5%	22,5%
360	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	14,0%	60,2%	25,8%
362	C	Occlusione endoscopica delle tube	8,0%	64,4%	27,6%
364	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	12,0%	44,0%	44,0%
369	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	40,0%	42,0%	18,0%
377	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	39,0%	42,7%	18,3%
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	15,0%	59,5%	25,5%
384	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	50,0%	35,0%	15,0%
395	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	30,0%	35,0%	35,0%
396	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	50,0%	35,0%	15,0%
398	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	36,0%	44,8%	19,2%
404	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	10,0%	63,0%	27,0%
409	M	Radioterapia	50,0%	35,0%	15,0%
411	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	7,0%	65,1%	27,9%
412	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	10,0%	63,0%	27,0%
426	M	Nevrosi depressive	30,0%	35,0%	35,0%
427	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	6,0%	47,0%	47,0%
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	30,0%	35,0%	35,0%
465	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1,0%	69,3%	29,7%
466	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	10,0%	63,0%	27,0%
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	30,0%	35,0%	35,0%
490	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3,0%	67,9%	29,1%
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	28,0%	36,0%	36,0%
538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	24,0%	53,2%	22,8%
563	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	30,0%	35,0%	35,0%
564	M	Cefalea, età > 17 anni	30,0%	35,0%	35,0%

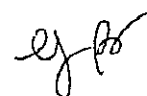
eyb

Criteria utilizzati per la creazione delle Soglie di ammissibilità regionale calcolate per specifico DRG (Allegato B Patto Della Salute per gli anni 2010-2012)

Le soglie regionali relative ai ricoveri ordinari per i DRG potenzialmente inappropriati secondo l'Allegato B del Patto Della Salute, sono riportate in dettaglio nella Tabella di cui sopra.

La percentuale massima accettabile (soglia massima) di ricoveri ordinari, da ottenersi entro il 2012, è stata calcolata mediante i criteri ed i passaggi metodologici di seguito specificati.

1. E' stata calcolata la percentuale di ricoveri ordinari effettuati nel 2010 da ciascuna delle quattro ASL abruzzesi.
2. E' stata estratta la percentuale di ricoveri ordinari più bassa tra le quattro ASL, secondo il principio dell'analisi "Best in Class".
3. La percentuale di ricoveri ordinari della migliore ASL, arrotondata al decimale per eccesso, è stata usata quale soglia di riferimento per la Regione per tutti i DRG, con le seguenti eccezioni:
 - a. Per i 43 DRG inclusi nel DPCM 29.11.2001, con l'aggiunta, a seguito dei successivi aggiornamenti ministeriali della Classificazione DRG, dei DRG 503 (che sostituisce di fatto il DRG 222) e 563 e 564 (che sostituiscono di fatto il DRG 25): laddove, per la ASL con la migliore performance regionale, non sia stata rilevata una quota di ricoveri ordinari inferiore al 30%, questa è stata assunta corrispondente al 30%.
 - b. Per i restanti DRG, inclusi nell'Allegato B del Patto Della Salute ma non nel DPCM 2001: laddove, per la ASL con la migliore performance regionale, non sia stata rilevata una quota di ricoveri ordinari inferiore al 50%, questa è stata assunta corrispondente al 50%.
4. Nei pochissimi casi in cui la ASL con la migliore performance, non abbia effettuato un numero complessivo di ricoveri pari ad almeno 10 per specifico DRG, è stata assunta la soglia percentuale della prima ASL in regime ordinario, secondo i criteri "Best Class", cui corrispondesse un numero di ricoveri pari ad almeno 10 nel corso dell'anno 2010.
5. Nell'unico caso in cui nessuna ASL ha effettuato almeno 10 ricoveri totali nel corso del 2010, la soglia in regime di ricovero ordinario è stata impostata al 50%.
6. Definite in questo modo le soglie per specifico DRG in regime ordinario, la ripartizione dei restanti ricoveri in regime di day hospital/ day surgery e ambulatoriale è stata effettuata secondo le seguenti modalità:
 - a. Per i 43 DRG inclusi nel DPCM 29.11.2001, ad eccezione dei DRG 6 e 39 e con le sopraccitate integrazioni derivanti dall'aggiornamento della Classificazione DRG, si è mantenuto il 50% dei ricoveri in regime di day hospital/ day surgery e la restante parte, pari al 50%, in regime ambulatoriale;
 - b. Per i restanti DRG, inclusi nell'Allegato B del Patto Della Salute ma non nel DPCM 2001 si è mantenuto il 70% dei ricoveri in regime di day hospital/ day surgery e la restante parte, pari al 30%, in regime ambulatoriale.



7. Per quanto riguarda la ripartizione in regime di day hospital/ day surgery e ambulatoriale dei DRG 6 e 39, sulla base dei provvedimenti commissariali già adottati nel corso degli anni 2010 e 2011 che hanno prodotto effetti significativi in termini di aumento di appropriatezza sulle modalità di erogazione delle prestazioni in oggetto, si è previsto quanto segue:
- a. Per il DRG 6 si è mantenuto il 18% dei ricoveri in regime di day hospital/ day surgery e la restante parte, pari al 80%, in regime ambulatoriale;
 - b. Per il DRG 39 si è mantenuto il 19% dei ricoveri in regime di day hospital/ day surgery e la restante parte, pari al 80%, in regime ambulatoriale.



n. 50 del 16 NOV. 2017

ALLEGATO B

DISCIPLINARE TECNICO PER I DRG CHIRURGICI TRASFERITI IN REGIME AMBULATORIALE, A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA SE EFFETTUATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, DI CUI ALL'ALLEGATO B DEL PATTO DELLA SALUTE PER GLI ANNI 2010-2012

(Dal presente Disciplinare sono esclusi il DRG 006 "Decompressione del tunnel carpale" ed il DRG 039 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia" per i quali è stata emanata Delibera Commissariale n. 32 del 03 giugno 2010 e Decreto Commissariale n. 18 del 22 aprile 2011 e i DRG 266 "Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC" e DRG 270 "Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC" per i quali sarà adottato specifico Decreto Commissariale)

Di seguito si riportano i DRG chirurgici di cui sopra:

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto scialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
119	5	C	Legatura e stripping di vene
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC

232	8	C	Artroscopia
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC

CAMPO DI APPLICAZIONE

I pazienti idonei al trattamento chirurgico ambulatoriale vanno identificati in base alle condizioni generali del paziente e ai fattori logistici e familiari in accordo a quanto riportato nella "Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno (Agenas nel 1996)" nel paragrafo "chirurgia ambulatoriale e day surgery: definizione, modelli organizzativi e sede di attuazione" e successivi.

1) Selezione dei pazienti in relazione alle condizioni

Tutti i pazienti che afferiscono ai programmi di chirurgia ambulatoriale debbono essere in buone condizioni generali.

Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall' American Society of Anesthesiology (Classificazione A.S.A.), che individua cinque classi: i pazienti appartenenti alle prime due sono considerati candidati ideali a tali regimi assistenziali (A.S.A. 1 e A.S.A. 2).

L'estensione del trattamento ai pazienti appartenenti alla classe 3 di tale classificazione prevede un attento esame clinico del paziente, che, solo dopo accurate indagini e controlli, potrà essere sottoposto ad intervento chirurgico, preferibilmente in anestesia locale o loco regionale.

Le urgenze chirurgiche sono escluse di trattamento secondo tali regimi assistenziali.

2) Selezione dei pazienti in relazione all'età ed al peso

Per quanto riguarda l'età vale il principio che il limite posto non è da considerarsi assoluto ma da relazionare sia allo stato generale sia ai progressi conseguiti all'introduzione di nuovi farmaci anestesologici e all'utilizzo di nuove tecniche di chirurgia e anestesia.

Con le possibili eccezioni, quindi, l'età minima indicativa potrebbe essere di 6 mesi, la massima di 75 anni.

Per quanto riguarda il peso, è noto che l'obesità è un fattore di rischio di considerevole importanza e, pertanto, tale condizione deve essere attentamente valutata.

3) Selezione dei pazienti in relazione a fattori logistici e familiari

Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del paziente non sia lontano dalla struttura dove è stato praticato l'intervento chirurgico per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità, e comunque il tempo di percorrenza dovrebbe essere, preferibilmente, compreso entro 1 ora di viaggio.

Ulteriore requisito è rappresentato dalla certezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.

Tutti i pazienti debbono essere assistiti durante il ricovero da un familiare o persona di fiducia responsabile, opportunamente istruito, in grado di accompagnare a casa il paziente e fornire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento".....

PERCORSO

L'assistenza in regime ambulatoriale si caratterizza per un insieme predefinito di trattamenti che comprende gli esami clinico-strumentali, le visite pre-operatorie, l'intervento chirurgico e i controlli post-operatori. Tale Percorso assistenziale¹, prevede tutte le prestazioni di cui ai punti 3.A, 4, 4.C, 5, 6 e 7 successivamente riportati.

Per tale pacchetto assistenziale è previsto il pagamento di un unico ticket. Sono esclusi dal pagamento i pazienti soggetti ad esenzioni applicabili al caso di specie.

Si riporta di seguito il percorso assistenziale relativo DRG di cui sopra.

Tale percorso è stato articolato in modo da effettuare tutte le prestazioni necessarie riducendo al minimo il numero dei contatti:

1. Impegnativa per l'intervento di chirurgia ambulatoriale da parte del medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta o dello Specialista Ospedaliero o dello Specialista Convenzionato.
2. Prenotazione, a cura del paziente, della visita specialistica per intervento di chirurgia ambulatoriale presso il CUP.
3. Visita dello specialista dell' *Unità Operativa* finalizzata alla valutazione pre-operatoria in accordo a quanto richiamato specificamente dalle "Linee guida nazionali di riferimento – Valutazione preoperatoria del paziente da sottoporre a chirurgia elettiva (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; 2005)". Lo specialista accerta la reale necessità di sottoporre il paziente all'intervento chirurgico. Nel caso sia verificata l'indicazione per l'intervento lo specialista può decidere se l'intervento sia da effettuare in:

3.A procedura chirurgica ambulatoriale

3.B ricovero ordinario o di day surgery

In caso di ricorso alla procedura di chirurgia ambulatoriale (caso 3.A) lo specialista:

- consegna al paziente l'impegnativa per il pagamento del ticket riferito al pacchetto assistenziale per il trattamento chirurgico ambulatoriale (qualora la visita specialistica sia avvenuta all'interno di una casa di cura privata, lo specialista invia il

¹ Per *percorso assistenziale* si intende la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione

paziente dal medico di medicina generale per la prescrizione del percorso assistenziale).

- consegna al paziente un foglio illustrativo che riporta tutte le informazioni necessarie in ordine alle fasi pre, durante e post intervento
- provvede all'acquisizione del consenso informato al trattamento chirurgico ambulatoriale, predisposto in accordo alla normativa vigente, debitamente sottoscritto dal paziente;
- programma gli esami clinico-strumentali pre-operatori e la eventuale visita anestesiologicala secondo le indicazioni delle Linee guida sopra citate;
- apre la Cartella;
- fissa la data per la valutazione degli esami effettuati e dell' eventuale referto anestesiologicalo.

In caso di ricovero ordinario o di day surgery (caso 3.B) lo specialista avvia tutte le procedure previste dalla normativa vigente per attivare il ricovero.

4. Nella visita per la valutazione degli esami clinico-strumentali e dell' eventuale referto della visita anestesiologicala, lo specialista può decidere:

4.A la non eleggibilità all' intervento del paziente

4.B il trasferimento dalla procedura chirurgica ambulatoriale al ricovero ordinario o di day surgery

4.C la prosecuzione della procedura chirurgica ambulatoriale

In caso di non eleggibilità all' intervento (caso 4.A) lo specialista

- provvede alla chiusura della Cartella

In caso di trasferimento dalla procedura chirurgica ambulatoriale al ricovero ordinario o di day surgery (caso 4.B) lo specialista:

- allega alla cartella clinica la documentazione diagnostica clinico-strumentale come accertamenti eseguiti in pre-ospedalizzazione
- avvia tutte le procedure previste dalla normativa vigente per attivare il ricovero ordinario o di day surgery
- attiva tutte le procedure per il rimborso del ticket riferito al pacchetto assistenziale

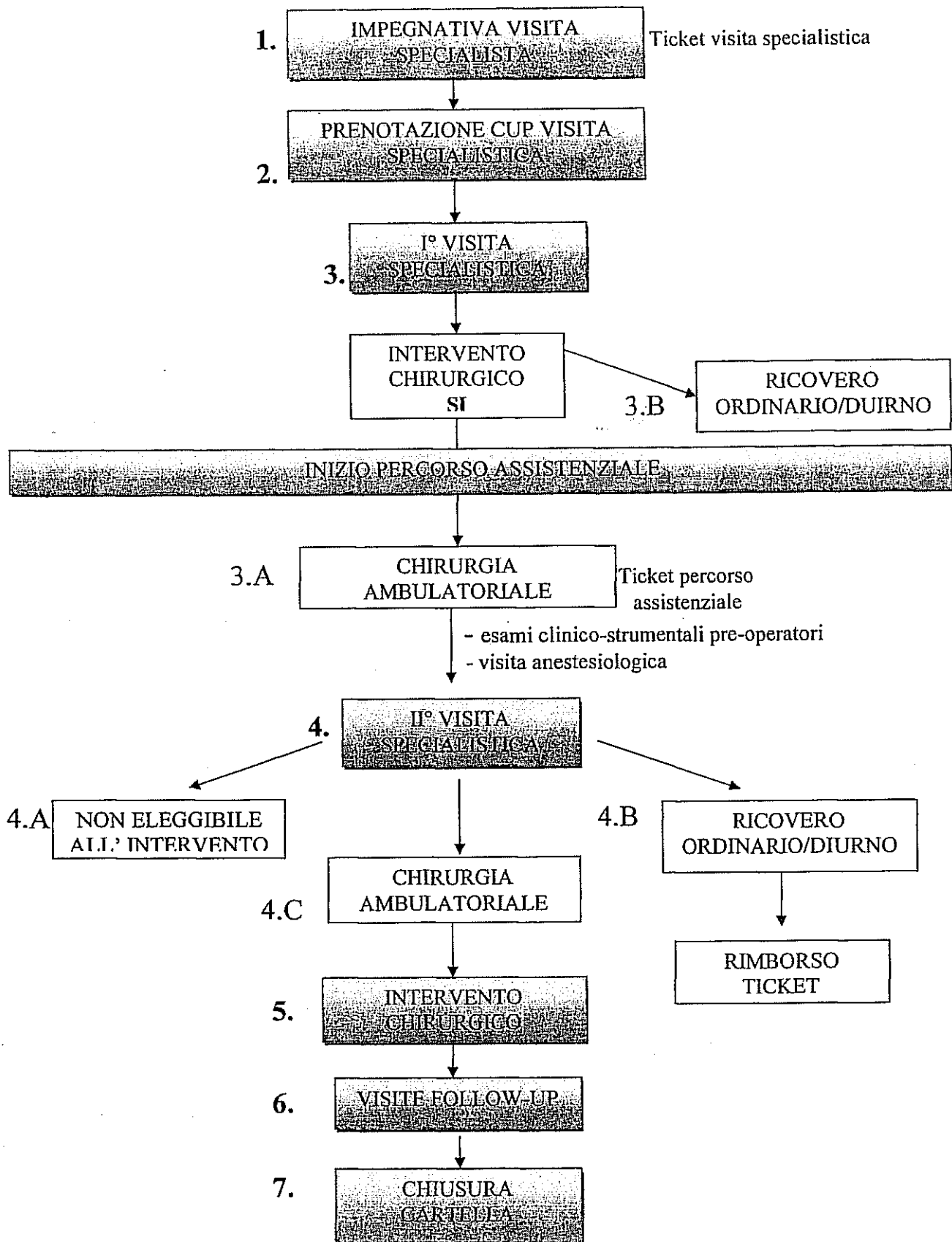
In caso di prosecuzione della procedura chirurgica ambulatoriale (caso 4.C) lo specialista:

- provvede ad accludere alla cartella la documentazione diagnostica clinico-strumentale e il consenso informato debitamente sottoscritto dal paziente
- fissa la data in cui verrà effettuato l' intervento.

5. Intervento di chirurgia ambulatoriale. Le procedure devono rispettare quanto previsto dal "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e Checklist (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2009)".

6. Il paziente deve essere sottoposto a follow-up di controllo fino ad un massimo di due visite strettamente correlate all' intervento di cui al punto 5.

7. Chiusura Cartella.



ALLEGATO C

DISCIPLINARE TECNICO PER I DRG MEDICI TRASFERITI IN REGIME AMBULATORIALE, A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA SE EFFETTUATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, DI CUI ALL'ALLEGATO B DEL PATTO DELLA SALUTE PER GLI ANNI 2010-2012

(Dal presente disciplinare è escluso il DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e il DRG 323 "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni" per i quali saranno adottati appositi Decreti Commissariali)

Di seguito si riportano i DRG medici di cui sopra:

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (<i>eccetto urgenze</i>)
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)
134	5	M	Iperensione (<i>eccetto urgenze</i>)
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni

254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
384	14	M	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni

efp

Il disciplinare prevede un percorso assistenziale¹ articolato in 4 punti dei quali i punti 3,4, rappresentano l'offerta integrata di servizi assistenziali specifica per i citati DRG trattati in regime ambulatoriale.

Per tale offerta è previsto il pagamento di un unico ticket. Sono esclusi dal pagamento i pazienti soggetti ad esenzioni applicabili al caso di specie.

Si riporta di seguito il percorso assistenziale relativo:

1. Impegnativa per visita specialistica presso l'ambulatorio ospedaliero da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta o dello Specialista Ospedaliero o dello Specialista Convenzionato;
2. Prenotazione, a cura del paziente, della visita specialistica presso il CUP.
3. Visita dello specialista dell'ambulatorio ospedaliero. Durante il corso della visita lo specialista decide in che regime il paziente deve essere assistito:

3.A regime ambulatoriale

3.B regime di ricovero ordinario o diurno

In caso venga scelto il regime di ricovero ordinario o diurno (caso 3.B) lo specialista avvia tutte le procedure previste dalla normativa vigente per attivare il ricovero..

In caso venga scelto il regime ambulatoriale (caso 3.A) lo specialista dell'ambulatorio ospedaliero

a) diventa responsabile del caso

Nel caso in cui il programma assistenziale si completa nell'arco della prima visita lo specialista dell'ambulatorio ospedaliero (caso 3.A.1):

- provvede a tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia.

Nel caso in cui il programma assistenziale prevede esami clinico strumentali e una o più visite mediche successive alla prima, lo specialista dell'ambulatorio ospedaliero (caso 3.A.2) provvede a:

- a. aprire la cartella clinica
- b. consegnare al paziente l'impegnativa per il pagamento del ticket riferito al pacchetto assistenziale per il trattamento ambulatoriale (qualora la visita specialistica sia avvenuta all'interno di una casa di cura privata, lo specialista invia il paziente dal medico di medicina generale per la prescrizione del percorso assistenziale)
- c. individuare e programmare lo specifico programma assistenziale del paziente

¹ Per percorso assistenziale si intende la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione

d. prenotare il paziente secondo il calendario di cui al punto b. che precede.

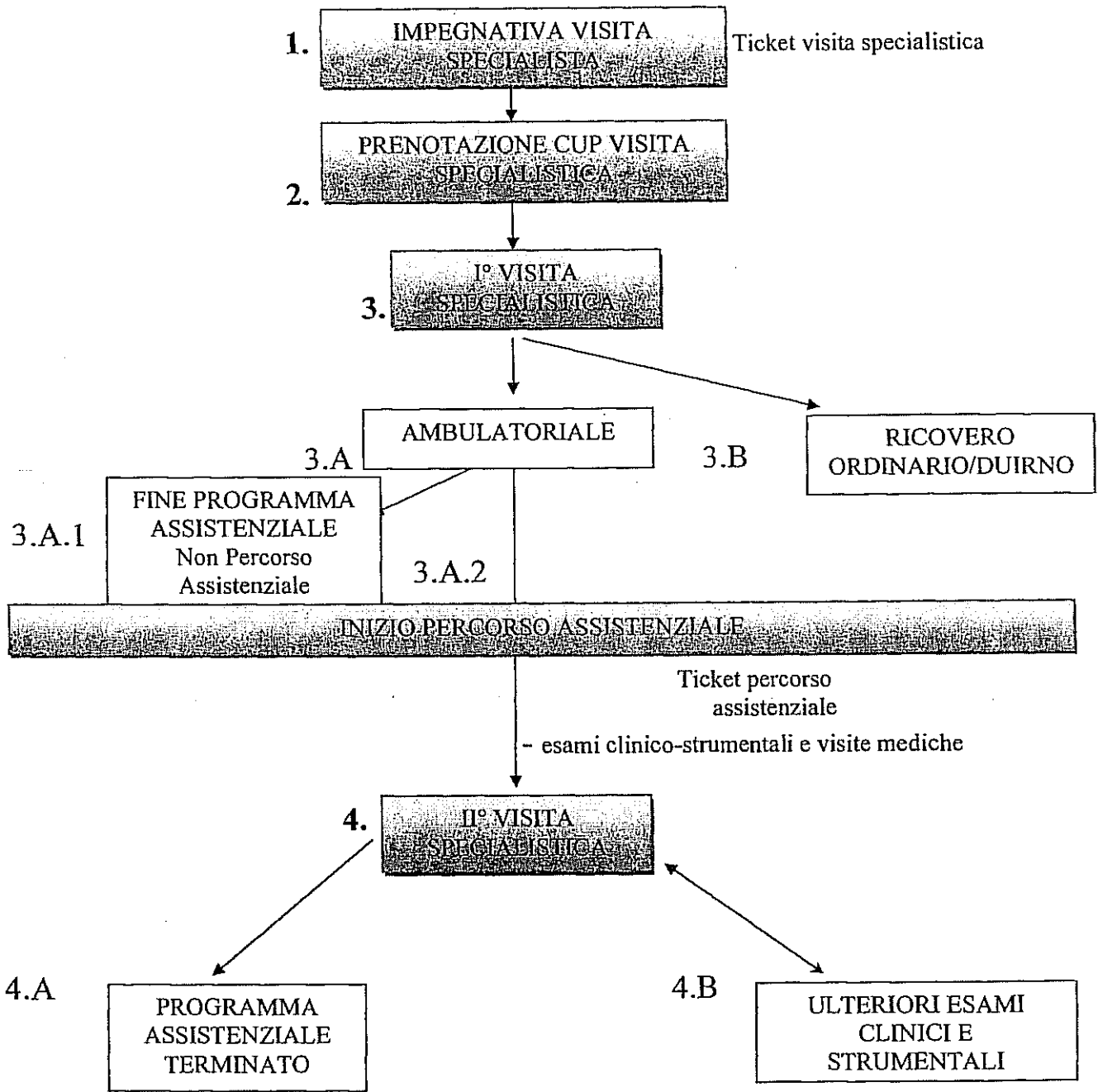
4. Per ciascuna visita successiva alla prima, secondo quanto previsto dal programma assistenziale, lo specialista dell'ambulatorio ospedaliero procede a:

- attuare tutto quanto previsto dal programma assistenziale per quella visita (es. valutazione referti, ulteriori accertamenti diagnostici, interventi terapeutici).

Nel caso in cui il programma assistenziale si completi nell'ambito della stessa visita lo specialista ambulatoriale (4.A):

- 1) chiude la cartella clinica
- 2) provvede a tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia.

Nel caso in cui il programma assistenziale preveda ulteriori visite successive (4.B) lo specialista ambulatoriale procede secondo quanto previsto al punto 4.



EXP

MODALITÀ DI RACCOLTA E TRASMISSIONE DEI DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI TRASFERITE DAL REGIME DI RICOVERO ORDINARIO IN REGIME AMBULATORIALE

La Regione ha definito, relativamente ai DRG a elevato rischio di inappropriately se erogati in regime di ricovero ordinario, di cui all'allegato B del Patto della Salute per gli anni 2010-2012, soglie di tolleranza, finalizzate al trasferimento delle prestazioni, nel rispetto di specifiche percentuali, dal regime ordinario al regime diurno e ambulatoriale.

A tale scopo si introduce una nuova modalità di raccolta e trasmissione dei dati relativi alle prestazioni trasferite dal regime di ricovero ordinario e diurno a quello ambulatoriale come di seguito rappresentato.

In considerazione della particolare natura di queste prestazioni, che si situano, in termini gestionali e di tracciabilità, in posizione intermedia, tra quelle erogate in assistenza ospedaliera in regime di ricovero e quelle tradizionalmente erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale, si dispone di utilizzare un modello informativo che comprenda sia informazioni proprie del "setting" ospedaliero (informazioni sanitarie - file ASDO) sia variabili classicamente rilevate dai flussi informativi afferenti alla specialistica ambulatoriale (informazioni prevalentemente amministrative) che le rendano coerenti con la rilevazione art. 50 (tessera sanitaria) e con quella finalizzata ai riscontri di compensazione nell'ambito della mobilità sanitaria (file C).

Il nuovo asse informativo è stato denominato "ASDO 3" per analogia con i file già utilizzati per il flusso relativo alle prestazioni di ricovero e per la sua attitudine ad essere collegato, attraverso cosiddetti campi chiavi, alla sezione anagrafica della ASDO (ASDO1). La immediata confrontabilità con i dati dei ricoveri, per prestazioni che secondo criteri clinici e di appropriatezza possono afferire a tre setting assistenziali di complessità decrescente (ordinario → diurno → ambulatoriale), garantisce un monitoraggio di tutte queste prestazioni più idoneo e lineare; l'adozione di tale dispositivo si è rivelata, inoltre, necessaria anche alla luce dei risultati delle sperimentazioni informative fin qui adottate. D'altro canto, l'utilizzo di variabili tipiche di contesto specialistico, consente la tracciabilità delle stesse nel sistema art. 50 (Tessera sanitaria) e la rielaborazione, in sede regionale, del flusso informativo utile ai fini della mobilità sanitaria (file C).

Il tracciato ASDO 3 (in Allegato E la struttura analitica) prevede l'individuazione delle seguenti variabili che, con quelle della sezione anagrafica (ASDO1), costituiscono il modello di Scheda di Dimissione Ambulatoriale Complessa (S.D.A.C.), che va gestita e compilata secondo le stesse modalità e principi della Scheda di Dimissione Ospedaliera e costituisce parte integrante della relativa Cartella Clinica.

- ASL inviante
- Codice istituto
- Numero della scheda
- Codice struttura erogatrice
- Tipo struttura

- Tipo erogazione
- Numero ricetta
- Data di prenotazione
- Classe di priorità
- Quesito diagnostico
- Data inizio trattamento
- Data fine trattamento
- Data intervento chirurgico (per le prestazioni chirurgiche)
- Numero accessi
- Diagnosi principale
- Diagnosi concomitante 1
- Diagnosi concomitante 2
- Diagnosi concomitante 3
- Diagnosi concomitante 4
- Diagnosi concomitante 5
- Intervento chirurgico principale
- Altro intervento o procedura 1
- Altro intervento o procedura 2
- Altro intervento o procedura 3
- Altro intervento o procedura 4
- Altro intervento o procedura 5
- Classificazione ASA
- Peso del paziente
- Codice disciplina unità erogativa erogatrice
- DRG
- Codice Regionale
- Posizione utente nei confronti del ticket
- Codice esenzione
- Importo ticket
- Eventuale compartecipazione aggiuntiva
- Importo prestazione
- Importo totale

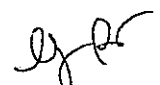
Precisazioni

- Nel momento in cui il paziente è considerato elettivo per il trattamento ambulatoriale di cui sopra, i file da produrre sono il file ASDO 1 e il file ASDO 3 (il file ASDO2 è riservato alle sole prestazioni di ricovero).
- I campi chiave da utilizzare per associare i due tracciati sono i seguenti:
 - ASL inviante
 - Codice istituto
 - Numero della scheda
 - Codice struttura erogatrice



Affinché il set di campi chiave sia esattamente corrispondente tra l'uno e l'altro file si dispone di inserire in calce al tracciato ASDO 1 il campo "Codice struttura erogatrice", da compilare solo nel caso di apertura di percorso assistenziale ambulatoriale e quindi dell'ASDO 3.

- Nel caso in cui, per circostanze impreviste sopravvenute dopo l'inizio del percorso assistenziale, non possa essere garantito il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico o si ritenga più adeguato intraprendere il trattamento in setting assistenziale di maggiore complessità, va registrato, come diagnosi principale, il codice V64. e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento. La prestazione in questo caso viene valorizzata pari a € 0 e il ticket versato dal paziente trattenuto in caso di impossibilità oggettiva di proseguire il percorso assistenziale in qualsiasi regime di assistenza ovvero rimborsato qualora il trattamento sia dirottato verso forme di assistenza più complesse (diurno o ordinario), essendo la remunerazione del ricovero onnicomprensiva. Nel caso in cui il paziente venga in seguito reclutato, per l'effettuazione del trattamento ambulatoriale già precedentemente programmato e interrotto, non è richiesto al paziente l'ulteriore pagamento del ticket.
- Nel momento in cui il medico specialista di presidio pubblico e il MMG su proposta del medico specialista di struttura accreditata certifichino, su ricetta del SSR, l'elettività del paziente allo specifico trattamento, lo sportello CUP a cui l'impegnativa viene presentata provvede a indirizzare il paziente e ad avviare le necessarie procedure amministrative finalizzate alla registrazione dell'evento sul doppio asse informativo (ASDO e art. 50 – Tessera Sanitaria). Nei casi in cui, relativamente alle impegnative, le strutture siano organizzate in modo da gestirle in archivi separati, è comunque tassativo che nella cartella clinica di trattamento ambulatoriale sia comunque presente, se non l'originale, la copia conforme all'originale dell'impegnativa stessa. Si sottolinea che il Servizio Gestione Flussi Informativi della Direzione Politiche della Salute si farà carico di rielaborare il file ASDO1 – ASDO3 ai fini della gestione dei flussi di compensazione mobilità sanitaria (file C).
- Le modalità di monitoraggio delle prestazioni riferite ai DRG dell'allegato B del Patto della Salute per gli anni 2010–2012 effettuate in regime ambulatoriale sono a regime a far data dal 01/11/2011.
- La responsabilità della effettuazione dei controlli è in capo ai Direttori Generali delle Aziende ASL, che li effettuano in conformità ai nuovi protocolli di verifica per il miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza prestazionale.



ALLEGATO E

50 del 16 NOV. 2011

TRACCIATO RECORD S.D.A.C. (SCHEDA DI DIMISSIONE AMBULATORIALE COMPLESSA)

Il tracciato record SDAC è composto dal file ASDO1 e dai file ASDO3.

FILE ASDO1 – archivio dati anagrafici

Ch.	Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Vincoll
→	1-3	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
→	4-11	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB
→	12-19	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB
	20-49	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OBB
	50-59	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OBB
	70-77	Numero della scheda madre	AN	8	Numero della scheda nosologica della madre corrispondente alla scheda nosologica nuovo nato	OBB
	78-85	Campo vuoto	AN	8	Riempire con spazi	
	86-101	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB
	102	Sesso utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
	103-110	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
	111	Stato civile	AN	1	1 = celibe/nubile, 2 = coniugato/a, 3 = separato/a, 4 = divorziato/a, 5 = vedovo/a, 6 = non dichiarato	OBB
	112-114	Regione di residenza	AN	3	Codice Ministeriale della Regione di residenza	OBB
	115-120	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB
	121-123	Usl di residenza	AN	3	Codice Ministeriale della USL di residenza	OBB
	124-126	Cittadinanza	AN	3	Nel caso di utenti con cittadinanza straniera porre il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza. 100 = italiana, 999 = apolide	OBB
	127-142	Medico prescrittore	AN	16	Codice fiscale del medico prescrittore	OSP
	143-148	Comune di nascita	AN	6	Codice ISTAT del Comune di nascita	OBB
	149	Livello di istruzione	AN	1	1 = Licenza elementare o nessun titolo 2 = Diploma scuola media inferiore 3 = Diploma scuola media superiore 4 = Diploma universitario o laurea breve 5 = Laurea	
	150-157	Data chiusura SDO	Data	8	Formato GGMMAAAA A cura della asl inviante inserire la data di chiusura amministrativa della SDO	OBB
	158	Aggiornamento record	AN	1	1 = record di contesto temporale 2 = record integrativo 3 = record corretto	OBB
→	159-164	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 (da compilare in caso di apertura ASDO 3)	OSP

lyb

FILE ASDAC (ASDO3) – archivio dati specialistica ambulatoriale complessa

Ch.	Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Nota	Vincoll
→	1-3	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
→	4-11	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB
→	12-19	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB
→	20-25	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996	OBB
	26	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata	OBB
	27-28	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN	OBB
	29-44	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) Il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra	OBB
	45-52	Data prenotazione	Data	8	Formato GGMMAAAA	OBB
	53	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Valori ammessi: U= URGENTE; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile, se differibile entro 72 ore B= BREVE; prestazione da eseguire entro 10 giorni D= DIFFERITA; prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici P= PROGRAMMATA; prestazione da eseguire senza priorità In attesa di nuove disposizioni nazionali e regionali utilizzare sempre il codice P	OBB
	54-58	Quesito diagnostico	AN	5	Codice diagnosi/quesito diagnostico: codice ICD 9 CM 2007	OBB
	59-66	Data inizio trattamento	Data	8	Formato GGMMAAAA	OBB
	67-74	Data fine trattamento	Data	8	Formato GGMMAAAA	OBB
	75-82	Data intervento chirurgico	Data	8	Formato GGMMAAAA (obbligatorio in caso di procedura chirurgica)	OSP
	83	Numero accessi	N	1	Numero di accessi effettuati dal paziente per il completamento delle procedure assistenziali	
	84-88	Diagnosi principale	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OBB
	89-93	Diagnosi concomitante 1	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	94-98	Diagnosi concomitante 2	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	99-103	Diagnosi concomitante 3	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	104-108	Diagnosi concomitante 4	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	109-113	Diagnosi concomitante 5	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	114-117	Intervento chirurgico principale	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	118-121	Altro intervento o procedura 1	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	122-125	Altro intervento o procedura 2	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	126-129	Altro intervento o procedura 3	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	130-133	Altro intervento o procedura 4	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	134-137	Altro intervento o procedura 5	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
	138	Classificazione ASA	AN	1	Ammessi i valori 1,2 e 3	OBB
	139-141	Peso del paziente	N	3	Peso del paziente espresso in kg	OBB
	142-144	Codice disciplina unità operativa erogatrice	AN	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline	
	145-147	DRG	AN	3	Codice DRG, sempre a 3 cifre	OBB
	148-152	Codice Regionale Prestazione	AN	5	Codice regionale provvisorio	OBB
	153-154	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	01=esente totale; 02=non esente	
	155-160	Codice esenzione	AN	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se posizione utente nei confronti del ticket 01	OBB
	161-167	Importo ticket	N	7	Importo ticket	OBB
	168-174	Eventuale compartecipazione aggiuntiva	N	7	Come da disposizioni transitorie nazionali e/o regionali	OBB
	175-181	Importo prestazione	N	7	Differenza SSN	OBB
	182-188	Importo totale	N	7	Somma degli importi precedenti	OBB