

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO LA

Premessa

Il D.M. 16 febbraio 2001 ha istituito il nuovo flusso LA di rilevazione dei dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali (SSR/SSR) associati alla erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (**Lea**). Il modello articola le tre macro-aree di attività dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), previste dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, nei singoli sub-livelli di assistenza, con il dettaglio utile per il confronto tra i costi sostenuti e il livello dei servizi erogati.

La revisione del modello LA è imposta dal suo nuovo ruolo che deriva dalla normativa sul federalismo fiscale:

- i costi rilevati con tale modello costituiscono la base informativa per la determinazione dei costi standard, rapportati ai fabbisogni standard, in attuazione del d. lgs. n. 68/2011, articolo 27;
- il modello deve essere contenuto nella relazione sulla gestione, a livello aziendale e regionale, unitamente ad un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, in attuazione del d. lgs. n. 118/2011, articolo 26 e ss.mm.ii.

La revisione del modello LA mantiene la preesistente impostazione per livelli ma introduce, per i casi più significativi e ricorrenti, la distinzione dei costi in base alle diverse strutture organizzative che partecipano a garantire il livello assistenziale:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica - i costi sostenuti per le vaccinazioni e gli screening che sorgono in strutture organizzative che operano prevalentemente per altri livelli assistenziali vengono rilevati separatamente (consultori, ambulatori territoriali ed ospedalieri, assistenza sanitaria di base);
- assistenza distrettuale - i costi sostenuti per la distribuzione diretta dei farmaci e per l'assistenza specialistica ambulatoriale vengono distinti tra quelli che nascono in strutture distrettuali e quelli che nascono nelle strutture ospedaliere.

In tale modo si facilita il collegamento tra i costi rilevati con il modello CP e quelli rilevati con il modello LA.

La rilevazione, con periodicità annuale, è effettuata a **consuntivo**, su dati della contabilità generale e della contabilità analitica, da parte di tutti gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del d. lgs. n. 118/2011 (successivamente Enti del SSR) e da tutte le regioni e province autonome, sia per le spese da queste direttamente gestite (GSA), sia per il modello LA consolidato regionale.

Obiettivo principale della rilevazione è disporre delle informazioni sui costi sostenuti, a livello aziendale e regionale, per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza ai cittadini assistiti nelle singole aziende e regioni.

Tali informazioni devono consentire lo svolgimento di analisi comparative:

- a livello centrale, sui costi sostenuti nei SSR per i singoli livelli e sub-livelli assistenziali, in relazione alle prestazioni erogate, ovvero al grado di perseguimento dei Lea;
- a livello regionale, sui costi sostenuti dalle Enti del SSR, per garantire i Lea, tramite le proprie strutture e terzi soggetti erogatori;
- sempre a livello regionale, sui costi sostenuti dagli Enti del SSR, per erogare direttamente le prestazioni.

Occorre infine osservare che la messa a regime dei nuovi modelli LA e CP consentirà, a livello nazionale e regionale, di allineare gli strumenti di governo della sanità.

In particolare, a livello regionale i nuovi modelli perseguono l'obiettivo di allineare gli strumenti di governo della sanità della regione e delle aziende sanitarie, utilizzando la stessa base informativa nella valutazione delle performance aziendali.

Condizione fondamentale per il perseguimento di tali obiettivi è garantire il maggior grado di **omogeneità** dei dati rilevati tra le aziende della stessa regione e tra le regioni.

Il modello LA e le relative Linee guida perseguono un duplice obiettivo:

- definire più puntualmente i costi da imputare ai diversi livelli e sub-livelli assistenziali e i collegamenti con il CE, al fine di garantire la compilazione in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale;
- consentire l'analisi integrata tra i costi per livelli assistenziali e le prestazioni erogate, come rilevate dal NSIS.

PARTE I- PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI DELLA RILEVAZIONE LA

1.CONTABILITÀ ANALITICA

La rilevazione dei costi per livelli di assistenza, attraverso la compilazione del “modello LA”, ha come presupposto indispensabile l’esistenza di un sistema di **contabilità analitica** (Co.An) che consenta la raccolta, a livello aziendale, dei dati di costo analitici secondo schemi predefiniti ed omogenei a livello nazionale e, in particolare, regionale.

La confrontabilità dei costi ha come presupposto indispensabile:

- un quadro di riferimento nazionale per garantire la confrontabilità dei costi tra le regioni;
- l’esistenza di un sistema regionale di CoAn, predisposto per rispondere alle specifiche esigenze informative poste dai modelli CP e LA.

La tenuta della CoAn, da parte degli Enti del SSR, è stata inizialmente resa obbligatoria dal d. lgs. 502/92; l’obbligo è stato successivamente e ripetutamente ribadito, da ultimo dalle Intese Stato Regioni succedutesi, a partire dal 23 marzo 2005 (art. 3, c.7: “*Le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l’accesso al maggior finanziamento*”).

La rilevazione dei costi per livelli di assistenza, per mezzo del modello LA, è quindi effettuata dai singoli enti **del Servizio sanitario nazionale** (Ssn) sulla base dei prodotti del sistema di Co.An definito dalla propria regione, sulla base dei criteri generali stabiliti a livello nazionale con le presenti linee guida, al fine di garantire l’omogeneità dei dati raccolti e la confrontabilità infra e inter-regionale delle informazioni prodotte.

2. QUADRATURA TRA MODELLI CE E LA

Deve essere garantita, a livello aziendale, la **quadratura** fra il totale dei costi registrati nel **modello LA** e il totale dei costi registrati nel **modello CE**: BZ9999 al netto dei codici BA2770 +CA0110 + CA0150 + DA0020 + EA0260 al netto del codice EA0461+ YZ9999;

A tal fine, gli enti del SSR devono assicurare la **riconduzione** delle voci di costo esposte nel modello CE negli aggregati di costo individuati per il modello LA secondo le indicazioni fornite col presente documento, a livello di totale delle macrovoci economiche (colonne del modello LA) ma anche per singole poste del modello LA collegabili a specifici conti CE, come indicato nella parte II, § 3.2, contenuto dei livelli e sub-livelli di assistenza.

Analogamente, anche a livello regionale dovrà essere assicurata la quadratura tra il modello CE 999-Consolidato regionale e il modello LA 999-regionale.

Da notare che:

- ✓ il modello LA finora vigente, escludeva i costi per la compartecipazione al personale per attività libero - professionale intramoenia (perché extra LEA). Il nuovo modello comprende, invece, tutti i costi, ma prevede un allegato in cui i costi vengono nettizzati dei ricavi derivanti da prestazioni non a carico del SSN (non solo le compartecipazioni), articolati per singoli livelli e sub - livelli assistenziali (per pervenire, anche a livello delle ASL ai costi per abitante). Altrettanto viene stabilito per i costi delle attività di ricerca che non rientrano nei LEA;
- ✓ la quadratura dei risultati di Co.An con i valori della contabilità generale (Co.Ge) richiede la rilevazione, anche nel modello LA, di una serie di elementi che, per loro natura, sono rilevati in Co.Ge nel momento delle scritture di assestamento (rettifiche e integrazioni di fine anno), ai fini del bilancio di esercizio. I principali **elementi da includere per la quadratura** sono:
 - (i) svalutazione dei crediti;
 - (ii) riconciliazione delle poste di magazzino (rilevazione delle differenze derivanti dall'applicazione di diversi criteri di valorizzazione dei consumi e delle scorte fra contabilità generale e contabilità analitica);
 - (iii) accantonamenti per rischi e oneri: rinnovi contrattuali, vertenze in corso, ecc.;
 - (iv) rettifiche e integrazioni connesse con costi e ricavi di competenza (ratei e risconti);
 - (v) componenti straordinarie della gestione quali: minusvalenze, sopravvenienze, insussistenze.

L'imputazione ai livelli e sub-livelli di assistenza di questi elementi deve avvenire secondo le modalità previste per l'attribuzione dei costi:

- nel caso siano riferibili in modo esclusivo ad un centro di costo, l'imputazione avviene in modo diretto;
- qualora, viceversa, siano riferibili a più centri di costo, il rispettivo valore deve essere ripartito proporzionalmente ad uno specifico criterio di attribuzione, o *driver*, individuato (vedi oltre);
- i soli costi generali devono essere ribaltati sui centri di costo intermedi e finali, in base al criterio indicato successivamente (costo del personale diretto e indiretto).

3. COSTI PIENI E RIBALTAMENTI

Il modello LA prevede la rappresentazione per livello e sub-livello di assistenza dei **costi pieni**.

Nel caso in cui la CoAn non sia impostata per fornire i costi con il livello di dettaglio richiesto dal modello LA, con idonee articolazioni dei centri di costo, il passaggio dalla CoAn al modello LA può richiedere la definizione a livello regionale dei criteri di articolazione dei costi dei Centri di Costo (CdC) che sono riferiti a più codici LA, evitando di considerare i costi dei centri che svolgono l'attività a favore di più livelli assistenziali (centri finali, intermedi e ausiliari) come costi generali. In via transitoria, in carenza di criteri regionali, le aziende devono comunque procedere all'articolazione dei costi tra i livelli assistenziali di competenza, adottando idonei driver.

Ad esempio, i costi degli eventuali CdC del "distretto", che comprendono la direzione del distretto e gli sportelli polifunzionali per l'accesso ai servizi, devono essere ripartiti tra i codici di competenza, in base alla stima del tempo dedicato dal personale ai vari sub-livelli assistenziali.

Si riporta di seguito uno **schema di sintesi** sui criteri da adottare per l'attribuzione dei costi comuni a più centri di costo e per il ribaltamento dei costi generali.

Tipologia di distribuzione di costi	Indicazioni
<p align="center">Distribuzione di costi comuni a due o più Centri di costo * o a due o a più sub-livelli assistenziali**</p>	<p>1. Nei casi in cui si riscontri una destinazione prevalente della risorsa/personale (laddove come prevalenza si intende oltre il 90% dell'attività), attribuirne l'intero costo al CdC nel quale viene svolta prevalentemente l'attività.</p> <p>2. Nei casi in cui non sia possibile individuare una destinazione prevalente delle attività, attribuirne il costo proporzionalmente all'utilizzo del fattore produttivo per l'erogazione delle prestazioni in ciascun centro di costo coinvolto (tempo ecc.).</p>

* Esempio: personale ospedaliero, prevalentemente medico, che dedica quota parte del proprio tempo a diversi centri di costo finali presenti all'interno dell'ospedale (degenza e ambulatorio ospedaliero), ma può anche dedicare parte del suo tempo a centri esterni all'ospedale (nel caso di attività nei poliambulatori territoriali e nei consultori).

** Esempio: personale del servizio di igiene e sanità pubblica che dedica parte del suo tempo all'attività vaccinale; personale del consultorio che dedica parte del suo tempo alle attività vaccinali e/o agli screening.

<p align="center">Distribuzione dei costi dei Centri di Costo Generali tra tutti i Centri di Costo</p>	<p>Distribuire i costi <u>proporzionalmente</u> al peso del <u>costo del personale</u> dei singoli centri di costo, sul totale del costo del personale, sempre attribuendo il costo fattore per fattore, ossia su ogni cella della riga della matrice.</p> <p>Per garantire la corretta distribuzione dei costi generali tra i vari sub-livelli assistenziali occorre che per la maggior parte di tali sub-livelli sia rilevato correttamente il costo del personale addetto, sia direttamente sia indirettamente tramite ripartizione di centri di costo ausiliari. Inoltre occorre considerare anche il costo del personale medico convenzionato che concorre alla produzione/erogazione diretta di servizi/prestazioni (convenzioni della medicina dei servizi, del 118, dei medici ambulatoriali interni).</p>
<p>Es. Costi delle unità org.ve che svolgono attività generali e di amministrazione (Direzione generale, Servizi Amministrativi, Servizi Tecnici, Formazione, Ricerca, Relazioni pubbliche, ecc.), comprese nella macroarea "Attività di supporto alla organizzazione assistenziale" prevista nella relazione allegata al conto annuale del personale (tabelle 24 e 25).</p>	<p>N.B.: A tale specifico fine si utilizzano le componenti dei costi del personale relativi ai quattro ruoli, incluse le indennità del personale universitario di area sanitaria e non sanitaria e le convenzioni mediche indicate in precedenza, incluse nei seguenti codici CE: BA2080, BA1420, BA1810, BA0460, BA0570 e BA2760.</p>

<p align="center">Distribuzione dei costi dei <u>centri ausiliari sanitari e non sanitari tra i centri intermedi e finali</u></p>	<p>Distribuire i costi secondo i seguenti specifici criteri di ribaltamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sportelli distrettuali polifunzionali (scelta e revoca dei mmg/pls, ecc.): stima utilizzo fattore produttivo per le varie attività (tempo ecc.); - centri unificati di prenotazione: numero di chiamate per tipologia assistenziale; servizi ausiliari dei presidi ospedalieri: stima tempo dedicato alle varie attività; - i metri quadri di superficie per l'appalto delle pulizie, che tenga conto possibilmente del livello e della qualità delle pulizie richieste per i diversi centri di costo (ad es. i diversi prezzi unitari per metro quadro praticati dalle ditte appaltatrici per sale operatorie o uffici amministrativi); - il numero dei pasti per la ristorazione; - i kilogrammi di biancheria lavata per la lavanderia/lavanoio; - il numero di apparecchi per le utenze telefoniche. <p>Laddove la CoAn in uso non consenta l'applicazione dei suddetti criteri, la distribuzione dei costi può eccezionalmente e transitoriamente essere fatta proporzionalmente al costo del personale (come per i centri di costo generali).</p>
<p align="center">Distribuzione dei costi dei <u>Centri di costo intermedi tra Centri di costo finali</u></p>	<p>Distribuire i costi <u>proporzionalmente</u> ai volumi di attività consumati dai singoli Centri di costo finali valorizzati in base alle <u>tariffe</u> vigenti a livello <u>regionale</u>.</p> <p>In particolare: il tariffario regionale va usato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) valorizzare l'attività erogata in regime ambulatoriale a pazienti esterni (E); (ii) valorizzare l'attività erogata in regime di ricovero ordinario a pazienti interni (I (attività erogata a pazienti interni)/RO); (iii) valorizzare l'attività erogata in regime di ricovero diurno a pazienti interni (I/DH); (iv) valorizzare l'attività erogata a pazienti in Pronto Soccorso (PS);*** (v) valorizzare l'attività erogata totale (VT=E+I/RO+I/DH+PS). Il <u>valore totale, che potrà essere diverso dai costi, serve per calcolare il riparto dei costi tra le varie componenti (C)</u>; (vi) determinare le percentuali di valorizzazioni delle attività che riguardano le varie categorie : [(I/RO)/(VT)]; [(I/DH)/(VT)]; ecc.; (vii) determinare le corrispondenti quote dei costi: [C *((I/RO)/ VT)]; ecc.

*** Se il sistema regionale non prevede tariffe ad hoc per le prestazioni erogate nel PS (ad esempio mediante la maggiorazione delle tariffe ambulatoriali), le regioni possono prevedere che, ai fini del modello LA, la valorizzazione dell'attività erogata a pazienti in PS tenga conto del maggior costo di produzione/erogazione delle prestazioni rese in emergenza h24 rispetto a quelle programmate.

4. RILEVAZIONE E ELABORAZIONE DEI DATI

Il perseguimento della migliore omogeneità delle informazioni prodotte sui costi per livello e sub-livello di assistenza, ha portato a basare l'impostazione del modello sulla scelta di tenere **separate la fase della rilevazione dei dati dalla fase della loro elaborazione ed analisi** (si rinvia anche alla lettura del § II.3.1). In particolare, per quelle funzioni/unità organizzative le cui attività si distribuiscono su diversi livelli di assistenza, il modello guida la rilevazione dei costi con due soluzioni:

- nel livello di competenza ma con **evidenza separata**, ad esempio:
 - articolando l'attività ambulatoriale tra quella svolta in ambito territoriale e quella svolta in ambito ospedaliero, oppure rilevando i costi sostenuti nei presidi ospedalieri nei livelli della prevenzione (screening) e dell'assistenza distrettuale (file F e ambulatoriale), per facilitare il raccordo con il CP. In tale modo, infatti, è possibile risalire al costo del presidio/centro di costo sommando i diversi codici che rilevano i costi delle principali attività svolte nei presidi;
 - tenendo conto delle diverse unità operative che possono erogare le prestazioni, ad esempio le vaccinazioni in ambito del servizio di igiene e sanità pubblica o in ambito consultoriale;
- nel livello nel quale questi sono originati, ma con un dettaglio tale da consentirne delle successive aggregazioni, in fase di analisi, utili alla **corretta determinazione dei costi per livello e sub-livello di assistenza**. Ad esempio per le vaccinazioni svolte dai MMG e dai PLS, la rilevazione è prevista nell'ambito dell'assistenza distrettuale ma con costi da considerare, nelle successive elaborazioni, nell'assistenza collettiva.

In particolare, quindi, il modello LA è coordinato con il nuovo modello CP, in modo da garantire il collegamento tra il totale CP e la somma dei codici LA che rilevano costi di attività svolte nei presidi ospedalieri.

5. COSTI DELLA MOBILITÀ

Nel modello devono essere rilevati i **costi complessivamente sostenuti** dalle Aziende e dalla Regione per l'erogazione dei Lea, sia ai **propri residenti**, sia ai **residenti di altre regioni e/o stati esteri** che si trovino a consumare prestazioni sanitarie presso strutture operanti sul territorio regionale.

Nel modello consolidato regionale devono essere elise tutte le voci di costo derivanti da rapporti tra Aziende della stessa regione, sia voci contrassegnate come voci R nel modello CE, sia voci di costo relative a partite infragruppo regolate con la fatturazione diretta.

Al fine di arrivare alla definizione dei **costi** associati alla erogazione dei Lea **per residente e per prestazione**, il modello include due allegati con la rilevazione a livello di consolidato regionale. Per la composizione degli allegati, si fa rinvio alla parte dedicata della presente linea guida.

PARTE II- CONTENUTI DEL MODELLO LA E INDICAZIONI PER LE RILEVAZIONI

1. INDICAZIONI GENERALI SULLE RILEVAZIONI

1.1. Dati rilevati e dati calcolati automaticamente

In ogni riga corrispondente ad un **sub-livello** di assistenza devono essere rilevati i **rispettivi costi**, distinti per macro-voce economica. Nelle tre righe corrispondenti ai **livelli** di assistenza, invece, verranno riportati i **totali** dei costi relativi ai sub-livelli inclusi nello specifico livello, **calcolati automaticamente**.

Analogamente, nelle righe corrispondenti ai sub-livelli per i quali sono previste ulteriori articolazioni, ossia per i quali sono previsti dei **“di cui”**, verranno riportati i **totali** dei costi relativi ai **“di cui”**, rilevati nelle specifiche righe, **calcolati automaticamente**.

1.2 Contabilizzazione e rilevazione dei costi da parte delle Aziende sanitarie locali (con e senza presidi ospedalieri)

Per i singoli sub-livelli di assistenza elencati nelle righe, le Asl dovranno rilevare i costi registrati nei centri di costo afferenti le attività incluse, compresi i **costi diretti comuni a più centri/livelli e i costi dei centri intermedi, ausiliari e generali** ad essi attribuiti in base agli specifici *criteri* (vedi sopra, § I.3.), suddividendoli secondo la specifica natura (macro-voci economiche elencate nelle colonne).

In particolare, le Asl dovranno rilevare:

- (i) i **costi sostenuti per la produzione**, distinti per natura, nel caso di servizi svolti/prestazioni erogate direttamente;
- (ii) i **costi sostenuti per** le prestazioni/servizi acquisite da soggetti erogatori esterni alla Asl, pubblici e/o privati accreditati.

I costi sostenuti per l'acquisto confluiscono nella colonna **“prestazioni sanitarie”**, sia per gli acquisti diretti da soggetti erogatori operanti nel proprio ambito territoriale, sia per la mobilità passiva intra ed extra-regionale.

Occorre peraltro rilevare che la colonna **“prestazioni sanitarie”** comprende anche i costi di medici convenzionati che concorrono alla produzione diretta (in particolare i medici della medicina dei servizi, del 118 e i medici c.d. Sumaisti).

Le altre colonne del modello (tutte le colonne ad eccezione di quella relativa alle prestazioni sanitarie) rilevano:

- i costi della produzione diretta di servizi/prestazioni;
- i costi sostenuti per la funzione acquisto di prestazioni da terzi. In tale ambito sono compresi i costi per la vigilanza svolta dalle ASL nei confronti dei soggetti erogatori operanti nel proprio ambito territoriale, anche se non accreditati (verifica del possesso dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento ecc.), i costi per la stipula dei contratti/accordi contrattuali e i costi sostenuti per verificare i percorsi assistenziali sviluppati con terzi soggetti erogatori (in particolare per le prestazioni socio-sanitarie acquistate da terzi);

- alcuni costi generali riferibili sia alla produzione diretta che all'acquisto di prestazioni da terzi (ad esempio, interessi passivi per aperture di credito necessarie per garantire i flussi finanziari necessari per la produzione diretta e per l'acquisto di prestazioni).

1.3. Contabilizzazione e rilevazione dei costi da parte delle AO-AOU-IRCCS

Le AO-AOU-IRCCS devono rilevare i **costi di produzione** registrati nei centri di costo afferenti le attività erogate, svolte istituzionalmente e sulla base di convenzioni con la Asl:

- assistenza collettiva: partecipazione a programmi di screening, centri di riferimento per le malattie trasmissibili ecc.;
- assistenza distrettuale: distribuzione diretta dei farmaci, assistenza ambulatoriale, hospice ecc.;
- assistenza ospedaliera.

I costi rilevati, suddivisi secondo la specifica natura, comprendono i **costi diretti** dei centri di costo, i costi diretti comuni di più centri/livelli e i costi dei centri intermedi, ausiliari e generali.

1.4. Contabilizzazione e rilevazione dei costi da parte della Regione e Provincia autonoma

Le regioni e province autonome devono rilevare, tramite l'apposito **modello "000"**, gli eventuali **costi di diretta competenza (GSA)** relativi agli specifici sub-livelli, suddividendoli tra le colonne secondo la natura del costo. Le regioni devono inoltre procedere, con il **modello "999"**, al **consolidamento** delle voci coinvolte nella mobilità intra-regionale (**cod. R**) e partite infragruppo.

2. COLONNE: MACRO-VOCI ECONOMICHE

Le 14 colonne del modello sono dedicate alla rilevazione delle macro-voci economiche individuate come significative ai fini delle analisi per il monitoraggio e la valutazione dei costi per livelli di assistenza.

In linea di principio, è stato sviluppato l'approccio teso a collocare i costi nelle colonne non in base alla natura del costo CE ma in base alla pertinenza: ad esempio, gli accantonamenti per rischi connessi all'acquisto per prestazioni da terzi soggetti erogatori non nella colonna degli "altri costi" ma nella colonna dell'acquisto delle "prestazioni sanitarie".

Si riporta di seguito il **Quadro di raccordo** tra modelli CE e LA.

Vengono successivamente fornite indicazioni relative alle modalità di articolazione dei costi rilevati in CE tra i vari codici LA di alcune macro voci economiche.

(1) Beni sanitari

I beni sanitari rappresentano un costo diretto della produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi. Pertanto devono essere imputati ai codici LA che rilevano costi della produzione ed erogazione diretta di prestazioni/servizi. Eventuali differenze derivanti dall'applicazione di diversi criteri di valorizzazione dei consumi e delle scorte fra CoGe e CoAn devono essere imputate ai consumi diretti rilevati dalla CoAn e non distribuiti tra tutti i codici (equiparandole impropriamente a costi generali).

(2) Beni non sanitari

I beni non sanitari sono prevalentemente consumati da centri ausiliari e generali, conseguentemente ribaltati sui centri finali.

(3) Prestazioni sanitarie

I costi compresi nella colonna delle prestazioni sanitarie sono costi diretti da collocare nel codice LA di competenza, a prescindere dalla denominazione del conto di riferimento. A titolo di esempio, il costo dei medici ambulatoriali interni (c.d. Sumai), anche se imputato al conto BA0570 compreso nel raggruppamento degli "acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale", deve essere ripartito nei codici di pertinenza: non solo il codice 2G120, assistenza specialistica ambulatoriale prodotta in ambito distrettuale, ma anche in altri ambiti in cui possono operare tali medici, ad esempio, 1G100, Attività medico legali per finalità pubbliche, Eventuali differenze tra i costi rilevati in CoGe e CoAn non possono essere trattate come costi generali ma devono essere ripartite in base al costo imputato direttamente ai diversi codici.

(4) Servizi sanitari per l'erogazione delle prestazioni

La maggior parte dei costi dei servizi sanitari per l'erogazione delle prestazioni deve essere imputata al livello assistenziale interessato, direttamente o articolando il costo tra più centri utilizzando appropriati driver (come nel caso dei contributi alle associazioni di volontariato). Solo i costi non imputabili ai livelli assistenziali, direttamente o mediante driver, possono essere trattati come costi generali.

3. RIGHE: LIVELLI E SUB-LIVELLI DI ASSISTENZA

Il modello LA è articolato in righe in base ai livelli e sub-livelli di assistenza, con eventuali righe integrative non riferibili ad uno specifico livello o sub-livello assistenziale ma utili per valutare i costi sostenuti, ad esempio scorporando i costi relativi al trasporto per garantire l'accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte degli utenti disabili.

Si riportano di seguito, per ciascun livello e sub-livello, i contenuti e le eventuali indicazioni specifiche per la rilevazione dei costi.

Il riferimento normativo per la definizione dei Lea è il DPCM12 gennaio 2017 e provvedimenti collegati e successivi.

3.1. Articolazioni ulteriori dei costi per livello e sub-livello

Come accennato al § I.4, si specifica che in corrispondenza di alcuni sub-livelli di assistenza è stata prevista un'**ulteriore articolazione** della rilevazione dei costi, che consente la corretta definizione, nella successiva fase di elaborazione e analisi dei dati rilevati, dei costi associati ai singoli livelli e sub-livelli di assistenza. Ciò, in particolare, laddove parte delle funzioni svolte in unità organizzative prevalentemente associate ad un livello/sub-livello di assistenza sono riconducibili ad altri livelli/sub-livelli.

Ciò è avvenuto con due modalità.

1. Rilevazione dei costi dei livelli e sub-livelli assistenziali tenendo conto delle diverse unità coinvolte

Esempi:

- la rilevazione del costo degli screening tiene conto, in righe separate, dell'apporto dato allo sviluppo degli screening da parte dei consultori e dei presidi ospedalieri;
- i costi dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nelle ASL, sono rilevati separatamente per l'attività erogata nei presidi ospedalieri e in quelli territoriali.

2. Rilevazione dei costi dei livelli e sub-livelli assistenziali assicurati da un singolo soggetto erogatore

Esempi:

- i costi dell'assistenza medica generica e la pediatria di libera scelta (livello 2 - Assistenza distrettuale, sub-livello **2A100**, Assistenza sanitaria di base) sono articolati in modo da consentire la corretta definizione, ad esempio, dei costi dei programmi di

vaccinazione (livello 1 – Assistenza collettiva, sub-livello 1A100, Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;1A110 Vaccinazioni);

- i costi delle “altre forme di erogazione dell’assistenza farmaceutica” sono attribuibili al sub-livello dell’assistenza farmaceutica, ma in parte contribuiscono anche a definire i costi dell’assistenza erogata presso le strutture residenziali per persone non autosufficienti o in regime di cure domiciliari.

3.2. Contenuto dei Livelli e sub-livelli di assistenza e eventuali indicazioni specifiche sulle corrispondenti rilevazioni

Nelle seguenti tabelle sono fornite indicazioni puntuali sul contenuto delle singole righe del modello.

LIVELLO 1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

1A100. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA

1A110 – Vaccinazioni

Vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio.

In questa voce vanno rilevati, in particolare, i costi complessivi dei **Servizi** di vaccinazione e i costi dei **vaccini (BA0260)**. I costi delle prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP) dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta erogate nell'ambito delle campagne vaccinali vanno rilevati in corrispondenza delle voci, rispettivamente, 2A114 e 2A123

In questa voce sono rilevati i costi relativi al personale direttamente allocato. Con riferimento al personale non direttamente allocato per il criterio di attribuzione del costo si rimanda alle regole definite nello schema di sintesi di cui al punto 3 della Parte I PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI DELLA RILEVAZIONE LA.

1A120 - Altri interventi per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie

1B100 – Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

Con riferimento ai codici 1B100 e 1A120 nel caso in cui le aziende non abbiano potuto attivare la separazione dei centri di costo dei predetti due sublivelli, è consentito, solo per il primo anno di rilevazione LA (2019), di alimentare solo il codice 1B100, in attesa di attivare al proprio interno i meccanismi operativi necessari alla separata rilevazione dei costi. Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA

1C100 - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA, ivi compresa l'attività del medico competente per la sorveglianza sanitaria in favore dei dipendenti dell'azienda di appartenenza.

1D100 - Salute animale e igiene urbana veterinaria

Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA

1E100 - Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori

N.B. I costi sostenuti per l'igiene degli alimenti di origine animale devono essere rilevati nel codice 1D100

Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA

1F100 - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

1F110 – Screening oncologici

Sono compresi i Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN e dei PSR.

Devono essere imputati a questo codice i costi sostenuti per l'organizzazione dei relativi programmi, per lo sviluppo diretto delle attività (beni, personale ecc.) e per l'acquisto di servizi da terzi soggetti erogatori, nella colonna "Prestazioni sanitarie".

Articolazione del codice 1F110

I costi devono essere rapportati al livello di sviluppo dei programmi, come rilevato dall'apposito sistema informativo.

I costi dovranno essere riportati distintamente per i seguenti contesti di programmazione ed erogazione degli screening. Resta inteso che le ASL possono articolare l'attività su più contesti, ad esempio prevedendo l'attività di programmazione nell'ambito del dipartimento di prevenzione e l'erogazione dell'attività in ambito distrettuale e ospedaliero.

In questa voce sono rilevati esclusivamente i costi afferenti ai programmi di screening. Le prestazioni di diagnosi precoce di tumori erogate a fronte di una (ex) ricetta rossa non devono essere rilevate in questo livello trattandosi di specialistica ambulatoriale.

1F111 – Programmi organizzati svolti in apposita Unità operativa/Centro di costo

In questo sub-livello assistenziale devono essere rilevati i costi delle fasi del processo di screening svolte direttamente dal dipartimento di sanità pubblica. Di norma si tratta della pianificazione, della gestione delle chiamate e della valutazione del processo. Resta ovviamente inteso che devono essere rilevati in questo sub-livello anche i costi delle eventuali ulteriori fasi svolte direttamente dal dipartimento di prevenzione.

1F112 – Programmi organizzati svolti in ambito consultoriale/ambulatoriale territoriale

1F113 - Programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero

Nel caso in cui l'attività di laboratorio sia svolta in ambito diverso rispetto a quello in cui avviene il prelievo, la struttura che effettua il prelievo rileverà solamente il costo del personale e dei materiali utilizzati, mentre il laboratorio rileverà il costo afferente l'attività di elaborazione del campione.

1F120 – Altre attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e prevenzione nutrizionale.

Rientrano in tale livello tutte le attività, non correlate allo screening, previste dalla lettera F dell'allegato 1 del DPCM LEA.

1F121 – Altre attività svolte in ambito extra-ospedaliero

1F122 – Altre attività svolte in ambito ospedaliero

Sono esclusi i costi per gli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie che devono essere rilevati nel codice 3B130- Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria.

1G100 - Attività medico legali per finalità pubbliche

Per i dettagli si rinvia all'Allegato 1 del DPCM LEA

Sono ricomprese le certificazioni sanitarie ai dipendenti pubblici assenti per motivi di salute, ancorché non rientranti nei LEA a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, n. 207 del 7 giugno 2010.

Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge. In ogni caso devono essere contabilizzati i relativi costi.

NB: nelle aziende ospedaliere il servizio medico legale, ove non operi su delega della ASL, costituisce costo generale connesso alla produzione ospedaliera.

1H100 - Contributo Legge 210/92

Comprende sia gli indennizzi riconosciuti ai sensi della legge 210/92 rilevati nel modello CE alla voce BA1320, sia i costi di gestione amministrativa delle pratiche

19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica

LIVELLO 2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

2A100 – Assistenza sanitaria di base

Il sub-livello "assistenza sanitaria di base", già riferito al solo costo delle convenzioni mediche ed ai costi sostenuti dalle aziende sanitarie per la gestione delle convenzioni, comprende anche i costi per le attività di base non riconducibili agli altri sub-livelli distrettuali, sviluppate dalle ASL con proprio personale. Per i dettagli si rinvia al DPCM LEA.

2A110 – Medicina generale

Educazione sanitaria; visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero; certificazioni per la riammissione a scuola e l'incapacità temporanea al lavoro, certificazioni idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico; prestazioni aggiuntive previste negli accordi collettivi, visite occasionali.

Casi particolari/Note

Devono essere compresi i costi delle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dagli accordi nazionali, derivanti da accordi regionali e/o aziendali, anche se non rientrano nei livelli essenziali di assistenza.

I costi dovranno essere riportati distintamente per le seguenti componenti della Medicina generale:

2A111 - Medicina generale - Attività in convenzione

Vanno rilevati i costi afferenti le attività del sub-livello Medicina generale; in particolare, nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi della convenzione di medicina generale, al netto delle quote rilevate separatamente nei codici successivi. Include anche le visite domiciliari occasionali. Sono ricomprese le forme aggregative previste dall'accordo collettivo nazionale

2A112- Medicina generale - Prestazioni erogate nelle cure domiciliari

Nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici per accessi e prestazioni, erogate a pazienti complessi, connesse alle cure domiciliari, nell'ambito di programmi di assistenza individuale (PAI).

2A113 – Medicina generale - Prestazioni erogate presso strutture residenziali e semiresidenziali

Nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici per accessi e prestazioni presso le strutture residenziali e semiresidenziali.

2A114 - Medicina generale - Programmi vaccinali

Nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi dei compensi dei medici di medicina generale per le Prestazioni Aggiuntive di Particolare Impegno Professionale (PPIP) connesse alle vaccinazioni antinfluenzali e nell'ambito di campagne vaccinali e gli altri costi non riconducibili a PPIP.

2A115 - Medicina generale – Attività presso UCCP

Vanno rilevati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici convenzionati per l'attività extra convenzionale svolta presso le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

2A116 – Medicina generale – Attività presso Ospedali di Comunità

Vanno rilevati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici convenzionati per l'attività svolta presso gli ospedali di Comunità.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata attraverso l'emanando decreto istitutivo del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito degli ospedali di comunità previsto dall'art. 5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016.

2A120- Pediatria di libera scelta

Educazione sanitaria; visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero; certificazioni per la riammissione a scuola, certificazioni idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico; prestazioni aggiuntive previste negli Accordi collettivi, visite occasionali domiciliari.

I costi dovranno essere riportati distintamente per le seguenti componenti della Pediatria di libera scelta:

2A121 - Pediatria di libera scelta - Attività in convenzione

Vanno rilevati i costi afferenti le attività del sub-livello Pediatria di libera scelta; in particolare, nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi per la convenzione per la Pediatria di libera scelta, al netto delle quote rilevate separatamente nei codici successivi.

Sono ricomprese le forme aggregative previste dall'accordo collettivo nazionale.

2A122 - Pediatria di libera scelta - Prestazioni erogate nelle cure domiciliari

Nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici per accessi e prestazioni connesse alle cure domiciliari, nell'ambito di programmi di assistenza individuale (PAI).

2A123 – Pediatria di libera scelta - Programmi vaccinali

Nella colonna "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi dei compensi dei pediatri di libera scelta per le PPIP connesse alle vaccinazioni antinfluenzali e nell'ambito di campagne vaccinali e gli altri costi non riconducibili a PPIP.

2A124- Pediatria di libera scelta – Attività presso UCCP

Vanno rilevati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici convenzionati per l'attività extra convenzionale svolta presso le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

2A125 – Pediatria di libera scelta – Attività presso Ospedali di Comunità

Vanno rilevati i costi della quota variabile della retribuzione dei medici convenzionati per l'attività svolta presso Ospedali di Comunità.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata attraverso l'emanando decreto istitutivo del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito degli ospedali di comunità previsto dall'art. 5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016.

2A130 – Altra assistenza sanitaria di base

Vanno rilevati in questo sub – livello assistenziale tutte le attività di base sviluppate dalle ASL con la partecipazione di proprio personale.

2A131 – Altra assistenza sanitaria di base: assistenza distrettuale e UCCP

Vanno rilevati in questo sub – livello assistenziale tutte le attività di base sviluppate dalle ASL nei distretti e nelle UCCP con la partecipazione di proprio personale:

Sono compresi i costi sostenuti per le unità di valutazione multidimensionale (UVM e UVG), per il punto unico di accesso, l'ambulatorio infermieristico, ecc...

Comprende, oltre ai costi del personale, anche il costo del MMG per la presa in carico della persona non autosufficiente e in condizioni di fragilità e la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI).

Nel caso in cui tale attività venga erogata in ambito ospedaliero, o da personale appartenente ad altre strutture, i costi del percorso di presa in carico e valutazione delle fragilità devono essere rilevati in questo livello, a prescindere dalla presenza o meno dell'UCCP. Vanno rilevati i costi relativi alla gestione delle attività (personale dipendente, servizi sanitari e non, ecc.)

2A132 – Altra assistenza sanitaria di base: Ospedali di comunità

Vanno rilevati in questo sub – livello assistenziale i costi sostenuti per gli ospedali di comunità, di cui al § 10.1 dell'allegato al D.M. 2.4.2015, n. 70, ad eccezione dei compensi corrisposti ai medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, da rilevare nei codici 2A116 e 2A125.

Trattasi di strutture con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Tali strutture sono destinate alla gestione sanitaria di eventi acuti di breve durata non severi per i quali non è appropriato il ricovero ospedaliero.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata attraverso l'emanando decreto istitutivo del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito degli ospedali di comunità previsto dall'art. 5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016.

2B100– Continuità assistenziale

Continuità assistenziale notturna e festiva

Nelle more dell'emanando decreto istitutivo del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie, previsto dall'art. 5, comma 11, del Patto per la salute 2014-2016, i costi devono essere coerenti con il livello dell'attività rilevato attraverso la fonte aggregata di cui al modello NSIS FLS.21, quadro F, "continuità assistenziale", di cui al D.M. 5.12.2006.

Casi particolari/Note

In tale voce **non** devono essere considerati i costi relativi ai **medici 118** (medici dell'emergenza), che devono essere invece inseriti nella voce Emergenza sanitaria territoriale (LA 2D100).

Devono essere compresi i costi delle prestazioni previste soltanto da accordi regionali e/o aziendali, anche se non rientrano, comunque, nei livelli essenziali di assistenza e, pertanto, sono da rilevare negli allegati al modello.

2C100– Assistenza ai turisti

Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle località a forte afflusso turistico, individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria di base rivolta agli assistiti non residenti nella regione stessa (guardia medica turistica), dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

2D100- Emergenza sanitaria territoriale

Devono essere rilevati in questo codice i seguenti costi:

Centrale operativa 118: ricezione delle richieste di intervento per emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

Emergenza territoriale: assistenza e soccorso di base e avanzato, in ambito pre-ospedaliero con autoambulanze attrezzate **e/o elisoccorso**. Sono compresi i costi per i punti di primo intervento (PPI) di cui al § 9.1.5 dell'allegato al D.M. 2.4.2015, n. 70, e le attività in occasione di maxi emergenze.

Nella colonna prestazioni sanitarie devono essere compresi i costi del personale convenzionato addetto al servizio, conto CE **BA0460**, e il costo del trasporto sanitario di emergenza, rilevati nel conto **BA1090** (che peraltro rileva anche i costi per i **servizi di trasporto non di emergenza**, che devono essere allocati nei rispettivi livelli assistenziali).

Nei casi di affidamento del servizio di emergenza sanitaria territoriale ad apposita azienda regionale o ad azienda con bacino sovra-zonale, le ASL rilevano gli eventuali costi sostenuti direttamente per conto del servizio di emergenza territoriale (costi per la gestione delle elisuperfici, indennità corrisposte al proprio personale per l'attività eventualmente svolta nell'ambito dell'emergenza territoriale ecc.).

I costi sostenuti dalle aziende per i trasporti intra-ospedalieri, anche tramite l'autonomo servizio per l'emergenza sanitaria territoriale, devono essere rilevati nel codice 3E100.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata dal flusso NSIS-EMUR istituito con D.M. 17.12.2008.

2E100 - Assistenza farmaceutica

Il codice 2E100 rileva il costo dell'assistenza farmaceutica territoriale, nelle due forme dell'assistenza convenzionata e della distribuzione diretta e per conto. Nelle ASL il costo di gestione del servizio dell'assistenza farmaceutica territoriale (farmacisti e altro personale addetto) deve essere ripartito tra i due codici in base al tempo dedicato alle due attività.

Nel caso in cui sia previsto un unico servizio farmaceutico (territoriale ed ospedaliero) il costo deve essere ripartito tra i codici di pertinenza (non solo i codici 2E110 e 2E120 ma anche i codici relativi ai livelli assistenziali che utilizzano i farmaci gestiti dal servizio).

Nelle aziende ospedaliere, AOU e IRCCS i costi del servizio farmaceutico devono essere ripartiti in base ad un driver che tenga conto dell'impegno dedicato ai vari livelli assistenziali, ivi compresa la distribuzione diretta.

2E110 - Assistenza farmaceutica erogata in regime di convenzione

Con il termine "farmaceutica convenzionata" si intende l'erogazione di medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle farmacie aperte al pubblico ad eccezione della distribuzione per conto. La dispensazione, che avviene previa presentazione della prescrizione medica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria. La disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale e le farmacie pubbliche e private è contenuta nel DPR 8 luglio 1998, n. 371. Nella colonna "prestazioni sanitarie" occorre allocare il costo rilevato nel conto BA0490.

I costi relativi all'assistenza farmaceutica diretta erogata dalle farmacie "per conto" delle ASL devono essere rilevati nel codice 2E122.

2E120 - Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale

Ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i, si intende per «distribuzione diretta» la forma di erogazione dei farmaci al paziente, per il consumo al proprio domicilio, alternativa alla tradizionale acquisizione degli stessi presso le farmacie, ai sensi dell'art. 8, comma 1, della legge del 16 novembre 2001, n. 405. Sono pertanto ricomprese nella distribuzione diretta le erogazioni di farmaci ai pazienti, per il consumo al proprio domicilio, effettuate attraverso le strutture sanitarie. Sono altresì ricomprese nella distribuzione diretta le erogazioni di farmaci agli assistiti, per il consumo al proprio domicilio, effettuate attraverso le farmacie «per conto» delle Aziende sanitarie locali sulla base di specifici accordi con le farmacie convenzionate.

Ai sensi dello stesso Decreto, sono incluse nella distribuzione diretta anche le forniture alle seguenti tipologie di strutture: Residenze sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali (inclusi gli Hospice) e semiresidenziali, SERT e Istituti penitenziari.

Sono ricomprese le seguenti tipologie di farmaci:

- tutti i medicinali per uso umano dotati di codice di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo n. 219 del 2006;
- i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente, detti «formule magistrali»;
- i medicinali preparati in farmacia in base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in vigore negli Stati membri dell'Unione europea, detti «formule officinali»;
- i medicinali esteri non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, utilizzati ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 febbraio 1997.

Nella colonna «consumi sanitari» occorre allocare il costo dei farmaci in distribuzione diretta e per conto, acquistati direttamente (conto CE **BA0030**) o tramite altra azienda (conto CE **BA0300**). Il costo indicato in tale colonna deve essere coerente con l'importo rilevato nel flusso istituito con D.M. 31.7.2007.

Nella colonna «prestazioni sanitarie» occorre rilevare il costo rilevato nel conto BA0960, «acquisto prestazioni di distribuzione farmaci file F», ad eccezione dei farmaci rimborsati extra-tariffa consumati nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, ancorché rilevati con il file F, da registrare nei codici 2G124 e 3B140.

Sono inclusi in questo sub livello i costi dei farmaci indipendentemente dalla classe di rimborsabilità, come previsto dal dm 31 luglio 2007. In questa voce sono inclusi i costi relativi all'acquisto di ossigeno per l'ossigenoterapia.

I costi dovranno essere rilevati distintamente per le seguenti componenti della Assistenza farmaceutica a livello territoriale

2E121 - Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Diretta

Vanno indicati i costi relativi alla erogazione diretta di farmaci ai pazienti aventi diritto, distinti nelle varie colonne secondo la specifica natura. Rientrano in questo codice i farmaci in DD erogati a utenti, anche se assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali. Questa voce include l'erogazione da parte di farmacie appartenenti al distretto dei farmaci alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo. Rientra in questo codice la DD in mobilità passiva da terzi soggetti erogatori.

2E122 - Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Per Conto

Vanno indicati i costi relativi alla distribuzione per conto di farmaci ai pazienti aventi diritto, distinti nelle varie colonne secondo la specifica natura. Rientrano in questo codice i farmaci in DPC erogati a utenti non in cure domiciliari e non assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali. Sono inclusi in questa voce la distribuzione da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali compresi i farmaci alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico. Rientra in questo codice l'aggio per la DPC in mobilità passiva da terzi soggetti erogatori, se non articolabile tra i precedenti codici.

2E130 - Assistenza farmaceutica – erogazione diretta a livello ospedaliero

Contabilizzazione presidi ospedalieri ASL, AO/AOU/Irccs

Le Asl, relativamente agli ospedali gestiti direttamente, dovranno rilevare in questo sub-livello il “costo” dei farmaci distribuiti direttamente (oltre ai costi dei fattori impiegati per la distribuzione) se tale distribuzione è gestita dai centri di rilevazione del presidio, con costi rilevati nel CP.

Le Aziende Ospedaliere - AOU e gli Irccs dovranno considerare in questo sub-livello:

- i costi dei farmaci distribuiti direttamente. Il costo deve essere coerente con l'importo rilevato nel flusso istituito con D.M. 31.7.2007. I farmaci somministrati nei trattamenti ambulatoriali ed ospedalieri, rimborsati separatamente e rilevati con il flusso F, devono essere rilevati nei codici 2G114 e 3B140;
- i costi dei fattori impiegati per la distribuzione.

2F100 - Assistenza integrativa e protesica

L'assistenza integrativa viene considerata abbinata a quella protesica in considerazione del fatto che in alcune regioni tali forme di assistenza vengono gestite da apposita struttura organizzativa, con personale ad hoc, da ripartire nelle articolazioni previste in base ad un driver che tenga conto dell'impegno dedicato ai sub-livelli assistenziali.

2F110 - Assistenza integrativa

Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14 del DPCM LEA. L'importo imputato alla colonna “Prestazioni sanitarie” deve corrispondere al conto BA0700.

In assenza di cdc separati a livello aziendale tra i sub livelli i costi di gestione dell'assistenza integrativa (personale e altro) sono suddivisi sui tre sub livelli proporzionalmente al numero di utenti che usufruiscono dei relativi servizi.

Casi particolari/Note

Per assistenza integrativa si intende sia quella erogata tramite le Farmacie (Convenzione farmaceutica), che quella erogata direttamente (mediante acquisto diretto dei beni, da rilevare nella colonna dei consumi sanitari) e/o in “service” dalla Asl (ivi compresi i costi sostenuti per la consegna dei beni a domicilio dell'utente). In tale voce, tra gli altri, sono compresi i costi relativi a:

- prodotti alimentari senza glutine per le persone affette da morbo celiaco;
- prodotti alimentari per pazienti affetti da fibrosi cistica e da patologie derivanti da errori metabolici congeniti;
- latte per le mamme affette da HIV;
- miscele nutritive enterali (per quanto riguarda la miscela di alimenti speciali), prodotti apoteici per nefropatici: rappresentano in ogni caso livelli ulteriori di assistenza.

2F111- Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare

E' compresa la fornitura di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare nei limiti e con le modalità di cui all'articolo 13 del DPCM LEA.

2F112- Assistenza integrativa - Prodotti destinati a un'alimentazione particolare

E' compresa la fornitura di prodotti destinati a un'alimentazione particolare nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14 del DPCM LEA.

Vedi http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=970&area=Alimenti%20particolari%20e%20integratori&menu=vuoto

“Il settore dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare, dove sono presenti gli alimenti per la prima infanzia e i prodotti dietetici.....”

2F113- Assistenza integrativa – Dispositivi monouso

Fornitura di dispositivi monouso ai disabili: cateteri, cannule, ausili assorbenti, sacche per stomia, medicazioni.

Le modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso sono definite nell'allegato 11 del DPCM LEA.

2F120 – Assistenza protesica

Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi sono contenuti nell'allegato 5 (elenchi 1, 2A e 2B) del DPCM LEA .

L'importo della corrispondente spesa riportata nella colonna "**Prestazioni sanitarie**" per il codice 2F150 deve corrispondere a quello del conto **BA0750 – Acquisti servizi sanitari per Assistenza Protesica** - del modello CE.

In assenza di cdc separati a livello aziendale tra il livello dell'assistenza integrativa (2F110) ed il livello dell'assistenza protesica (2F120) il costo del servizio per l'erogazione dell'assistenza protesica (personale e altro), per es. perché il personale è dedicato ad entrambe le attività di erogazione dei 2 diversi livelli assistenziali, deve essere attribuito proporzionalmente al numero di utenti che usufruiscono dei relativi servizi di assistenza integrativa e/o protesica.

Le modalità di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori sono definiti nell'allegato A dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 7 settembre 2016 (atto REP. 157/CSR).

Contabilizzazione ASL (con e senza presidi)

Nel caso di acquisto diretto di beni deve essere rilevato il costo del bene (colonna consumi sanitari o ammortamenti, se il bene è ad uso pluriennale) e dell'eventuale recupero e sanificazione (sia con propria organizzazione, sia con affidamento del servizio ad un operatore economico esterno).

Quindi le Aziende sanitarie dovranno considerare le spese relative ai centri di costo afferenti le attività del sub-livello Assistenza protesica, compresi i costi indiretti e comuni attribuiti, suddividendole secondo la specifica natura.

2G100 - Assistenza specialistica ambulatoriale

I costi dovranno essere **rilevati separatamente** per le prestazioni erogate in ambito ospedaliero e in ambito distrettuale **e** per tipo di prestazione (*diagnostica di laboratorio; diagnostica strumentale e per immagini e prestazioni cliniche*).

Le prestazioni acquistate da terzi, direttamente da soggetti erogatori operanti nell'ambito territoriale della ASL o in mobilità passiva, sono rilevate nella parte relativa all'ambito distrettuale.

I codici relativi all'assistenza specialistica;

- rilevano non solo i costi delle attività ambulatoriali, di cui al file C, ma anche i costi relativi alle prestazioni svolte a favore di altri soggetti erogatori, pubblici e privati;
- non rilevano i costi delle consulenze e delle prestazioni svolte a favore del pronto soccorso, rilevati nel codice 3A120.

Sono compresi nell'assistenza specialistica ambulatoriale e rilevati in appositi codici:

- i costi per il trasporto di pazienti dializzati e di utenti non deambulanti;
- i costi dei farmaci rimborsati extra-tariffa, rilevati mediante il file F.

2G110 - Assistenza specialistica ambulatoriale – Attività prodotta in ambito ospedaliero

2G111 -Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Attività di laboratorio

Prestazioni di diagnostica di laboratorio erogate in regime ambulatoriale (laboratorio analisi chimico cliniche, microbiologia, virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica, immunoematologia).

Contabilizzazione ASL per i presidi a gestione diretta, AO/AOU/Irccs

Le ASL, relativamente ai presidi a gestione diretta, le Ao, Aou e gli Irccs dovranno considerare i costi pieni relativi ai centri di costo afferenti le attività in oggetto, come indicato nel § I.3.

La determinazione della quota dei costi delle attività di laboratorio destinate a pazienti esterni (non ricoverati), ivi comprese le prestazioni a favore di altri soggetti erogatori, si effettua in proporzione alla valorizzazione delle prestazioni erogate a pazienti esterni e a pazienti interni con le tariffe vigenti *a livello regionale* (vedi sopra, § I.3).

Per la ripartizione dei costi si fa rinvio a quanto specificato nelle premesse generali al punto 3, parte I "Presupposti e principi generali della rilevazione LA".

2G112 - Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero – Diagnostica strumentale

Sono incluse le prestazioni, di diagnostica strumentale, per immagini e di medicina nucleare erogate in regime ambulatoriale. Prestazioni ambulatoriali erogate dai presidi ospedalieri delle ASL e dalle AO-AOU-IRCCS a pazienti esterni.

Le ASL, relativamente ai presidi a gestione diretta, le Ao, Aou e gli Irccs dovranno considerare i costi pieni relativi ai centri di costo afferenti le attività in oggetto, come indicato nel § I.3.

La determinazione della quota dei costi delle attività di **Diagnostica strumentale** destinate a pazienti esterni (non ricoverati), ivi comprese le prestazioni a favore di altri soggetti erogatori, si effettua in proporzione alla valorizzazione delle prestazioni erogate a pazienti esterni e a pazienti interni con le tariffe vigenti *a livello regionale* (vedi sopra, § I.3).

Nelle voci "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi per gli specialisti ex **Sumai** operanti in ambito ospedaliero, nelle unità operative afferenti il livello della **Diagnostica strumentale** radiologia e medicina nucleare, neuroradiologia, radiologia interventistica

Per la ripartizione dei costi si fa rinvio a quanto specificato nelle premesse generali al punto 3, parte I "Presupposti e principi generali della rilevazione LA"

Contabilizzazione ASL per i presidi a gestione diretta, AO/AOU/Irccs

2G113 – Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero – Attività clinica

Comprende tutte le prestazioni cliniche erogate in regime ambulatoriale, ivi compresa la radioterapia e le prestazioni di fisica sanitaria.

Sono da comprendere in questo ambito tutte le prestazioni ambulatoriali ad esclusione di: laboratorio, diagnostica strumentale non ricompresa nella prestazione clinica e medicina nucleare di cui ai precedenti codici 2G111 e 2G112.

Contabilizzazione ASL per i presidi a gestione diretta, AO/AOU/Irccs

Le ASL, relativamente ai presidi a gestione diretta, le Ao, Aou e gli Irccs dovranno considerare i costi pieni relative ai centri di costo afferenti le attività in oggetto, come indicato nel § I.3.

Non devono essere compresi in tale livello i costi relativi alla Medicina sportiva/Centri di medicina dello Sport, da rilevare nel codice 1F120, né i costi relativi alle attività di *screening*, da rilevare nelle voci di dettaglio del codice 1F110.

Nelle voci "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi per gli specialisti ex **Sumai** operanti in ambito ospedaliero, nelle unità operative afferenti il livello attività clinica.

Casi particolari/Note

2G114 - Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero – Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa.

Comprende i farmaci rimborsati extra-tariffa, rilevati nel file F.

2G115 - Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero – Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa

2G120 Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi

Codice esclusivo delle ASL, rileva le prestazioni prodotte in ambito distrettuale e quelle erogate da terzi soggetti erogatori, pubblici e privati (acquisto diretto o in mobilità passiva)

Devono essere comprese in questo ambito tutte le prestazioni ambulatoriali erogate in ambito distrettuale e da terzi su (ex) ricetta rossa, ovvero non solo prestazioni rese nei veri e propri ambulatori extraospedalieri. Sono comprese anche le prestazioni tariffate erogate con (ex) ricetta rossa in ambulatori infermieristici.

2G121 Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Attività di laboratorio

Prestazioni di diagnostica di laboratorio erogate in regime ambulatoriale: laboratorio analisi chimico cliniche, microbiologia, virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica).

Contabilizzazione ASL (ambulatori extraospedalieri e prestazioni da terzi)	Le ASL dovranno rilevare: <ul style="list-style-type: none">- relativamente alla produzione diretta, i costi dei centri prelievo e, nelle more dello sviluppo dei processi di accentramento delle attività di analisi, gli eventuali costi residui dei laboratori territoriali;i costi per l'acquisto di prestazioni erogate in regime ambulatoriale da tutte le strutture pubbliche e private accreditate della Regione e in mobilità passiva extra-regionale.
Contabilizzazione Regione e Provincia autonoma	Le Regioni e Province Autonome dovranno inserire in tale voce, tramite l'apposito modello "000" , le spese di diretta competenza relative all'Assistenza specialistica - Attività di laboratorio, suddividendo tali oneri secondo la corretta natura del costo
Casi particolari/Note	Non devono essere compresi in tale livello i costi relativi alla Medicina sportiva/Centri di medicina dello Sport, né i costi relativi alle attività di <i>screening</i> .

2G122 - Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi – Diagnostica strumentale

Sono incluse le prestazioni, di diagnostica strumentale, per immagini e di medicina nucleare erogate in regime ambulatoriale.

Contabilizzazione ASL (ambulatori extraospedalieri e prestazioni da terzi)	Le ASL dovranno rilevare: <ul style="list-style-type: none">- relativamente ai presidi a gestione diretta, le Ao, Aou e gli Irccs dovranno considerare i costi pieni relativi ai centri di costo afferenti le attività in oggetto, come indicato nel § I.3;i costi per l'acquisto di prestazioni erogate in regime ambulatoriale da tutte le strutture pubbliche e private accreditate della Regione e in mobilità passiva extra-regionale.
Contabilizzazione Regione e Provincia autonoma	Le Regioni e Province Autonome dovranno inserire in tale voce, tramite l'apposito modello "000" , le spese di diretta competenza relative all'Assistenza specialistica - Attività di diagnostica suddividendo tali oneri secondo la corretta natura del costo.

2G123 - Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi- Attività clinica

Sono da comprendere in questo ambito tutte le prestazioni ambulatoriali svolte dalle branche cliniche (ad esclusione delle prestazioni di laboratorio, diagnostica strumentale, per immagini e medicina nucleare di cui ai codici precedenti).

Le ASL dovranno rilevare:

**Contabilizzazione ASL
(ambulatori extraospedalieri e
prestazioni da terzi)**

- relativamente ai presidi a gestione diretta, le Ao, Aou e gli Irccs dovranno considerare i costi pieni relative ai centri di costo afferenti le attività in oggetto, come indicato nel § I.3;
- i costi per l'acquisto di prestazioni erogate in regime ambulatoriale da tutte le strutture pubbliche e private accreditate della Regione e in mobilità passiva extra-regionale.

**Contabilizzazione Regione e
Provincia autonoma**

Le Regioni e Province Autonome dovranno inserire in tale voce, tramite l'apposito **modello "000"**, le spese di diretta competenza relative all'Assistenza specialistica - Attività clinica, suddividendo tali oneri secondo la corretta natura del costo

Casi particolari/Note

Nelle voci "Costi per acquisti di servizi – Prestazioni sanitarie" vanno indicati i costi per l'assistenza acquistata da operatori accreditati e i costi per gli specialisti ex **Sumai** operanti nelle unità operative afferenti il livello Attività Clinica (i costi degli specialisti ex Sumai eventualmente afferenti ad altri centri di costi vanno rilevati nei rispettivi livelli).

2G124 – Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi – Farmaci ad alto costo rimborsati extra – tariffa

Comprende i farmaci rimborsati extra-tariffa, rilevati nel file F.

2G125 – Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi – Dispositivi ad alto costo rimborsati extra – tariffa

2G130 – Assistenza specialistica ambulatoriale – Trasporto utenti

Comprende i costi sostenuti per il trasporto degli utenti dializzati e, eventualmente, dei disabili alla sede ambulatoriale (prestazione a carico dell'utente o extra-LEA

2H100 - Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale

I costi dovranno essere **rilevati distintamente** per le seguenti componenti della Assistenza ***sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale***.

2H110 - Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale – Cure domiciliari

Le cure domiciliari sono articolate in:

- cure domiciliari rivolte alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con presa in carico mediante un progetto di assistenza individuale (PAI);
- cure palliative domiciliari.

Sono esclusi i compensi riconosciuti ai MMG e PLS, rilevati nei codici 2A112,2A213, 2A122, 2A123. Sono altresì escluse le prestazioni domiciliari per disabili (da rilevare nel codice 2H150), psichiatriche (codice 2H140) e ai soggetti con dipendenze patologiche (codice 2H160).

In tale livello dovranno essere indicati, laddove previsti dalla normativa regionale in alternativa alla erogazione delle cure domiciliari, i contributi economici per l'assistenza sanitaria domiciliare (assegno di cura, voucher, etc.).

I costi dell'eventuale assistenza domiciliare psichiatrica, neuropsichiatrica infantile, riabilitativa per le dipendenze devono essere allocati nei rispettivi livelli assistenziali. Devono essere considerati tutti i trattamenti indipendentemente dall'intensità assistenziale.

Sono esclusi i costi degli ausili tecnici eventualmente forniti agli assistiti che vanno contabilizzati alla voce 2F100.

Sono esclusi i farmaci in distribuzione diretta che devono essere rilevati nel codice 2E120

Con riferimento ai codici **2H111 e 2H112**, nel caso in cui le aziende non abbiano potuto attivare la separazione dei centri di costo dei due sublivelli, è consentito solo per il primo anno di rilevazione LA (2019) di alimentare solo il codice 2H111, in attesa di attivare al proprio interno i meccanismi operativi necessari alla separata rilevazione dei costi.

2H111 - Cure domiciliari

I costi devono essere coerenti con le cure domiciliari rilevate tramite gli appositi flussi NSIS, al netto di quelle palliative rilevate nel codice 2H112:

- sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD), istituito con D.M. 17.12.2008;
- modello FLS.21 ex D.M. 5.12.2006, quadro H – "assistenza domiciliare".

2H112 - Cure palliative domiciliari (In FFPP)

I costi devono essere coerenti con le cure palliative domiciliari rilevate tramite gli appositi flussi NSIS:

- sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD), istituito con D.M. 17.12.2008;
- modello FLS.21 ex D.M. 5.12.2006, quadro H – "assistenza domiciliare".

2H120- Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale – Assistenza a minori, donne, coppie, famiglia (Consultori)

Assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del proprio figlio; assistenza alle donne in stato gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio; adempimenti per affidamenti ed adozioni (es. è ricompreso il costo della puericultrice a domicilio).

I costi rilevati dalla CoAn devono essere depurati della quota imputata alle vaccinazioni (codice 1A110) e agli screening (codice 1F112).

2H130- Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria a favore dei **minori** con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo e/o delle famiglie.

Le attività svolte su ricetta rossa sono comprese nell'assistenza specialistica ambulatoriale.

2H140 - Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza alle persone con disturbi mentali

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria a favore delle persone **adulte** con disturbi mentali e/o delle famiglie, rilevata con il flusso NSIS-SISM.

E' compresa l'**assistenza domiciliare** organizzata dal Centro Salute Mentale rispetto ai pazienti in carico (compresi gli assistiti detenuti).

Le attività svolte su ricetta rossa sono comprese nell'assistenza specialistica ambulatoriale.

2H150- Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale – Assistenza alle persone con disabilità

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, in regime ambulatoriale e domiciliare nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali anche sopra i 65 anni di età, erogata da:

- centri ex art. 26 L. 833/78;
- altre strutture previste dall'ordinamento regionale, gestite direttamente dalle ASL;
- altre strutture esterne, accreditate e contrattualizzate.

Si rilevano in questa voce i costi per i *soggiorni* per cure dei portatori di handicap in **centri all'estero** di elevata specializzazione.

Tale attività, nelle more dell'istituendo flusso informativo di cui al Patto per la salute 2014-2016, articolo 4, punto 22, viene rilevata con il flusso RIA.11, quadri H – "assistenza ambulatoriale" e I – "assistenza extramurale e domiciliare".

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattualizzati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA0640, unitamente a quelli delle prestazioni semi-residenziali e residenziali.

2H160 - Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria a favore di persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo e/o delle famiglie, rilevata con il flusso NSIS-SIND. (Sono compresi gli assistiti detenuti o internati)

In tale voce vanno inclusi i costi relativi a **Unità Mobili** addette alla gestione sul territorio dell'assistenza per le dipendenze

I farmaci in DD devono essere rilevati nella voce 2E120

2I100 - Assistenza sociosanitaria semi-residenziale

Devono essere considerati tutti i trattamenti indipendentemente dall'intensità assistenziale, previa valutazione multidimensionale e presa in carico. I costi dovranno essere **rilevati distintamente** per le seguenti componenti della Assistenza territoriale semi-residenziale:

2I110- Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con disturbi mentali

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria a favore delle persone con disturbi mentali e/o delle famiglie, erogata in regime di semi-residenzialità.

Tale attività è rilevata con i seguenti flussi NSIS:

- sistema informativo per la salute mentale (SISM) istituito con D.M. 15.10.2010;
- a livello aggregato, modello STS.24 ex D.M. 5.12.2006, quadro F, tipo di assistenza S05 – assistenza psichiatrica.

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA0900, unitamente a quelli delle prestazioni residenziali.

2I120 - Assistenza sociosanitaria semi-residenziale – Assistenza alle persone con disabilità

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime semi-residenziale, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

Tale attività, nelle more dell'emanando decreto istitutivo del sistema di monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali previsto dall'art. 5, comma 22, del Patto per la salute 2014-2016, viene rilevata con i seguenti modelli NSIS:

- RIA.11 ex D.M. 5.12.2006, quadro H;
- STS.24, ex D.M. 5.12.2006, quadro F, tipi di assistenza S10 – assistenza ai disabili fisici e S11 – assistenza ai disabili psichici.

Sono compresi i costi relativi a:

- le prestazioni erogate dai centri ex art. 26 L. 833/78 e dalle altre strutture previste a livello regionale, in regime semi-residenziale;
- il soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri di elevata specializzazione all'estero.

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA0640, unitamente a quelli delle prestazioni ambulatoriali-domiciliari e residenziali.

2I130 - Assistenza sociosanitaria semi-residenziale- Assistenza alle persone con dipendenze patologiche

Attività sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime semi-residenziale, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone di persone con dipendenza patologica, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, Sono incluse le prestazioni alle persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare.

Sono comprese le attività e le prestazioni erogate dalle comunità di recupero in regime di semi-residenza.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata con il flusso NSIS-SIND istituito con D.M. 11.6.2010.

2I140 - Assistenza sociosanitaria semi-residenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime semi-residenziale, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone non autosufficienti con trattamenti:

- estensivi a persone con demenza;
- di lungo-assistenza a persone con bassa necessità di tutela sanitaria.

Sono compresi gli interventi di sollievo.

Sono inclusi in questa voce i costi relativi a:

- le attività socio-sanitarie svolte dai Centri Diurni, ivi compresi quelli per la malattia di Alzheimer;
- l'attività ex art. 26 L. 833/78 Geriatrici in regime semi-residenziale.

Attività rilevata con i seguenti flussi NSIS:

- FAR, istituito con D.M. 17.12.2008;
- a livello aggregato attraverso il modello STS.24 ex D.M. 5.12.2006, quadro F, tipo di assistenza S09 – assistenza agli anziani.

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA1140.

2I150 - Assistenza sociosanitaria semi-residenziale – Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime semi-residenziale, nell'ambito di programmi terapeutico-riabilitativi rivolti a minori con disturbo neuropsichiatrici (compresi gli assistiti sottoposti a procedimento penale).

2J100 - Assistenza sociosanitaria residenziale

Devono essere considerati tutti i trattamenti indipendentemente dall'intensità assistenziale, previa valutazione multidimensionale e presa in carico. I costi dovranno essere **rilevati distintamente** per le seguenti componenti della Assistenza territoriale residenziale:

2J110- Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con disturbi mentali

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore delle persone con disturbi mentali e/o delle famiglie. Sono inclusi in questa voce anche i costi riferiti alle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentiva).

Attività rilevata dal NSIS mediante:

- il sistema informativo per la salute mentale (SISM) istituito con D.M. 15.10.2010;
- a livello aggregato, con il modello NSIS, di cui al D.M. 5.12.2006, STS, quadro G, tipo assistenza S05 – assistenza psichiatrica.

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA0900, unitamente a quelli delle prestazioni semi-residenziali.

2J120- Assistenza sociosanitaria residenziale – Assistenza alle persone con disabilità

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

Tale attività, nelle more dell'emanando decreto istitutivo del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, previsto dall'art. 5, comma 22, del Patto per la salute 2014-2016, viene rilevata con i modelli NSIS di cui al D.M. 5.12.2006:

- RIA.11, quadro H;
- STS.24, quadro G, tipi di assistenza S10 – "assistenza ai disabili fisici" e S11 – "assistenza ai disabili psichici".

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA0640, unitamente a quelli delle prestazioni ambulatoriali-domiciliari e semi-residenziali.

In tale voce sono compresi anche i costi relativi a:

- Casi particolari/Note**
- le attività degli istituti ex art. 26 L. 833/78 e di altre strutture previste dalla regione svolte in regime residenziale;
 - il soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri di elevata specializzazione all'estero.

2J130- Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con dipendenza patologica, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, Sono incluse le prestazioni alle persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare.

I costi devono essere coerenti con l'attività rilevata dal NSIS attraverso il sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), istituito con D.M. 11.6.2010.

2J140- Assistenza sociosanitaria residenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore di persone non autosufficienti, incluse le persone affette da demenza.

Attività rilevata con i seguenti flussi NSIS:

- sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza semiresidenziale e residenziale (FAR), istituito con D.M. 17.12.2008;
- rilevazione aggregata con il modello STS.24 ex D.M. 5.12.2006, quadro G –"attività residenziale", tipo di assistenza S09 – "assistenza agli anziani".

I costi rilevati in contabilità per i privati operanti nel proprio ambito territoriale sono coerenti con l'attività rilevata nel modello STS solo nel caso in cui la ASL remunerati i propri centri per tutte le prestazioni erogate, dando luogo a mobilità attiva per le prestazioni erogate a favore di utenti residenti in altre ASL. I costi rilevati per i centri a gestione diretta sono rapportabili all'attività erogata.

I costi relativi a prestazioni erogate da centri esterni accreditati e contrattati, e in mobilità, da rilevare nella colonna "prestazioni sanitarie", sono rilevati in contabilità nel conto BA1140.

Sono garantiti i trattamenti residenziali extraospedalieri di cui agli articoli 29 e 30 del DPCM Lea del 12 gennaio 2017 e successivi provvedimenti collegati. Si rilevano i costi e gli acquisti di prestazioni di tutte quelle strutture che non sono né ospedaliere né direttamente riconducibili ad un livello di assistenza.

2J150- Assistenza sociosanitaria residenziale – Assistenza alle persone nella fase terminale della vita

I costi devono essere coerenti con l'attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore dei malati terminali, ivi compresi gli hospice operanti in ambito ospedaliero, rilevata dal flusso NSIS **Hospice** istituito con D.M. 6.6.2012.

2J160- Assistenza sociosanitaria residenziale – Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore dei minori con disturbi neuropsichiatrici (compresi gli assistiti sottoposti a procedimento penale).

2K100 - Assistenza termale

Cicli di prestazioni termali.

Vanno rilevati i costi associati alla erogazione delle prestazioni termali e quelli relativi ai soggiorni climatici.

Nella colonna "prestazioni sanitarie" vanno registrati i costi rilevati nel conto BA1030.

2L100 - Assistenza presso strutture interne alle carceri

Attività sanitaria erogata ai detenuti all'interno delle carceri: assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica di base e, in presenza di centro clinico all'interno delle carceri, assistenza specialistica ambulatoriale multidisciplinare.

Vanno rilevati **tutti i costi** afferenti l'assistenza erogata presso le carceri, distinti nelle macro-voci in funzione della natura. Sono esclusi i farmaci in distribuzione diretta che devono essere rilevati nei codici 2E120 e 2E130.

In questa voce **NON** sono inclusi i costi delle prestazioni erogate in favore di pazienti detenuti ricoverati presso strutture del SSR esterne alle carceri (ambulatoriali, ospedaliere ecc.), inclusi nei rispettivi sub-livelli di assistenza.

29999 – Totale assistenza distrettuale

LIVELLO 3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

3A100 - Attività di Pronto Soccorso

Attività ospedaliera di pronto soccorso. Deve essere rilevato il costo complessivo del PS, a prescindere dall'esito dell'accesso (seguito o non seguito da ricovero), anche per gli eventuali accessi inappropriati, atteso che:

- l'attività presenta proprie caratteristiche: attività non programmata, prestazioni decise in sede di PS, rilevazione delle prestazioni con apposito flusso informativo;
- le informazioni raccolte possono essere utilizzate nella definizione e valutazione del sistema di remunerazione, tramite lo strumento delle funzioni e le classi tariffarie.

Sono inclusi i costi degli eventuali servizi di PS specialistici (ad es. pediatrico, oculistico), organizzativamente inseriti nelle Unità Operative di riferimento.

In caso di attivazione di un DEA comprensivo di PS e di altre unità operative occorre rilevare in questo ambito solo il costo del PS. In particolare sono esclusi i costi dell'eventuale reparto di astanteria (codice 51), da comprendere nel codice 3B100.

I costi dovranno essere **rilevati distintamente** per le seguenti componenti delle attività di Pronto Soccorso e distinguendo i costi riferibili agli accessi seguiti da ricovero dagli altri. La separata rilevazione dei costi connessi agli accessi seguiti da ricovero consente la loro valutazione unitamente ai costi rilevati nel codice 3B100.

3A110 - Attività diretta di Pronto Soccorso e OBI

Vanno indicati i costi relativi a:

- personale addetto a tempo pieno al Pronto Soccorso, con la esclusione del personale addetto alle attività diagnostiche strumentali (eventuale radiologia d'urgenza ecc.): personale addetto al triage, medici incaricati delle visite di PS, personale addetto all'osservazione breve ed all'osservazione breve intensiva;
- costi relativi alla gestione della struttura dedicata al pronto soccorso.

I costi devono essere articolati in due codici in base all'esito dell'accesso. Per il riparto dei costi totali, in assenza di rilevazioni ad hoc, le aziende sanitarie possono utilizzare il numero degli accessi, pesato per la durata del trattamento in PS.

3A111 – Attività diretta di PS e OBI per accessi non seguiti da ricovero

3A112 – Attività diretta di PS e OBI per accessi seguiti da ricovero

3A120 – Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero

Vanno indicati i costi relativi alla erogazione di prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale a pazienti ammessi in pronto soccorso.

Per le prestazioni di diagnostica strumentale occorre comprendere:

- il ribaltamento dei costi dei servizi intermedi centralizzati (radiologia, laboratorio analisi ecc.), in base ai criteri indicati nel § I.3.
- i costi degli eventuali servizi diagnostici dedicati al pronto soccorso (radiologia d'urgenza ecc.), al netto dei costi delle prestazioni urgenti rese da tali servizi per utenti già ricoverati

Per le consulenze occorre considerare il maggior costo relativo al personale per garantire il servizio d'urgenza h24:

- maggiore dotazione nell'orario normale di attività, per garantire le prestazioni a favore del PS;
- dotazione necessaria per garantire la presenza al di fuori dell'orario normale di attività.

Il maggior costo del personale deve essere ripartito tra l'attività richiesta per il PS (a prescindere dall'esito dell'accesso) e per i ricoverati in precedenza.

I costi devono essere articolati in due codici in base all'esito dell'accesso, utilizzando a tale fine le informazioni sulle prestazioni erogate rilevate nel flusso EMUR.

Le prestazioni diagnostiche per gli accessi non seguiti da ricovero devono essere valorizzate a tariffa regionale

3B100 - Assistenza ospedaliera per acuti

Articolazione del codice 3B100

I costi dovranno essere rilevati distintamente per le seguenti componenti della Assistenza ospedaliera per acuti.

L'articolazione dei costi tra degenza diurna e ordinaria è in larga parte condizionata dalle modalità organizzative delle rispettive attività:

- organizzazione separata delle attività di DH-DS, con reparti polispecialistici con codice 02 e 98. In tale soluzione i costi rilevati dalla CoAn vengono imputati direttamente ai codici 3B110 e 3B120;
- organizzazione comune delle attività diurne e ordinarie. In tale caso la CoAn deve prevedere l'articolazione dei costi del reparto tra l'attività diurna e ordinaria, tenendo conto del diverso consumo di fattori produttivi (ad esempio con il minore consumo di servizi ausiliari non sanitari per i ricoveri diurni).

3B110 - Assistenza ospedaliera per acuti – In Day Hospital

Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero diurno per acuti in Day Hospital.

Casi particolari/Note Sono inclusi i costi relativi alle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e strumentale erogate nell'ambito di ricoveri diurni (vedi sopra, § I.3).

3B120 - Assistenza ospedaliera per acuti – In DaySurgery

Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero diurno per acuti in Day Surgery.

Casi particolari/Note Sono inclusi i costi relativi alle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e strumentale erogate nell'ambito di ricoveri diurni (vedi sopra, § I.3).

3B130- Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria

Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario. Sono ricompresi i costi per gli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie.

Sono inclusi i costi relativi alle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e strumentale erogate nell'ambito di ricoveri ordinari (vedi sopra, § I.3).

Casi particolari/Note

Sono inclusi i costi relativi alle attività di trapianto organi e tessuti, compresi nella remunerazione tariffaria del ricovero; per i costi relativi alle attività di supporto si rinvia al codice .

Sono esclusi i costi relativi all'attività di degenza svolta negli eventuali reparti ospedalieri per i pazienti nella fase terminale della vita, hospice, rilevati nel codice 2J150, e nelle strutture di cure intermedie di cui § 10 dell'allegato al D.M. 2.4.2015, n. 70, rilevati nel codice 2A132.

3B140 - Assistenza ospedaliera per acuti – Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa

Farmaci ad alto costo (tutti L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori; alcuni J Antinfettivi ad uso sistemico; S01L Sostanze contro le malattie vascolari oculari; B02BD Fattori della coagulazione del sangue; alcuni M Sistema muscolare-sistema scheletrico e articolazioni) erogati nel corso di ricovero ospedaliero per acuti rimborsati extra-tariffa e rilevati nel file F.

3B150 - Assistenza ospedaliera per acuti – Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa

Dispositivi ad alto costo (alcuni C Dispositivi Per Apparato Cardiocircolatorio; alcuni H Dispositivi Da Sutura; alcuni K Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia; T03 02 Protezioni per chirurgia robotica) impiantati nel corso di ricovero ospedaliero per acuti rimborsati extra-tariffa.

3C100 - Assistenza ospedaliera per lungodegenti

Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in reparti di lungodegenza post-acuzie (*codice disciplina 60*).

3D100 - Assistenza ospedaliera per riabilitazione

Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero, sia ordinario sia diurno, in reparti di riabilitazione post-acuzie (*codici disciplina 28, 56, 75*).
Le eventuali attività del servizio di riabilitazione nel corso di un ricovero per acuzie devono essere comprese nei costi del ricovero stesso (codice 3B130).

3E100 – Trasporto sanitario assistito

Devono essere rilevati i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dei degenti in sede di trasferimento ad altro ospedale o ad altra struttura sanitaria, svolti direttamente o avvalendosi di terzi.

3F100 – Attività trasfusionale

Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione di emocomponenti e servizi trasfusionali. Include i servizi e le prestazioni individuati dall'art 5 della Legge 21 ottobre 2005 n. 219.

3G100– Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti

Devono essere rilevati i soli costi per le attività necessarie per garantire il corretto sviluppo dei trapianti: coordinamento delle attività a livello sovra aziendale, sensibilizzazione per lo sviluppo della donazione, monitoraggio dei casi in cui è possibile effettuare un espanto, espanto da cadavere, trasporto degli organi espantati ecc.

I costi sostenuti per l'attività di trapianto in corso di ricovero devono essere rilevati nel codice 3B130.

3H100– Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive

Sono garantite: la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di recepimento.

39999 – Totale assistenza ospedaliera

48888 – Totale costi attività di ricerca – In questa voce devono essere rilevati i costi relativi alle attività di ricerca i cui ricavi sono contabilizzati nelle apposite voci del modello CE. I costi devono trovare allocazione delle macrovoci economiche di cui alle colonne del modello. In questo livello devono, inoltre, essere contabilizzati i costi afferenti al personale del comparto ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

49999 – TOTALE GENERALE

ALLEGATI

Sono previsti 2 allegati al modello di rilevazione dei dati di costo che perseguono l'obiettivo di raccogliere alcune informazioni di ricavo e di costo distinti per livelli e sub-livelli di assistenza. Gli allegati devono essere compilati a cura della regione con riferimento al consolidato regionale - modello 999 - . La compilazione degli allegati, è necessaria anche al fine di determinare i costi per residente e per prestazione in coerenza con il d.lgs. n. 68/2011.

Con riferimento all'allegato 3.b si fa presente che, qualora siano presenti costi per prestazioni non incluse nel nuovo DPCM 12 gennaio 2017 (extra LEA), questi ultimi dovranno essere dettagliati indicando la tipologia di prestazione nell'apposita sezione di riferimento del macrolivello. Nell'allegato 3.a dovrà essere indicato il valore riconducibile a ciascun sub livello, garantendo la quadratura con il totale dell'Allegato 3.b.