

DECRETO 7 maggio 2002.

Modalità di trattamento e di trasmissione dei dati riguardanti le attività sanitarie delle Aziende sanitarie della Regione siciliana.

Allegati

ISTRUZIONI GENERALI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DELLE ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Nei tracciati record di seguito indicati, si fa riferimento ad una graduazione del carattere obbligatorio del campo. Tale graduazione è così definita:

Codice OIU

Identificativo utente

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

- cognome, nome e data di nascita (per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge deve essere indicata la dicitura anonimo sia nel cognome che nel nome);
- codice sanitario individuale.

Importo

Gli importi devono essere in euro.

Codici obbligatori (obb)

Sono campi che devono necessariamente essere compilati al fine di potere riconoscere la prestazione; nel caso in cui il contenuto dei campi sia errato, la prestazione verrà contestata e quindi non riconosciuta.

Codici facoltativi (fac)

Sono campi che possono anche non essere riempiti nel tracciato, ma che investono specifico interesse e rilevanza a livello regionale.

Altre informazioni

I campi con tracciato alfanumerico (AN), vanno sempre allineati a sinistra e, anche se vuoti, riempiti con spazi.

I campi con tracciato numerico (N), vanno sempre allineati a destra e, anche se vuoti, riempiti con zero.

In campi che fanno riferimento a date (AN), sono sempre del tipo GGMMAAAA, se mancante valorizzata con spazio.

Nel tracciato non devono essere presenti né punti separatori né barre tra le date.

FLUSSO "B": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI MEDICINA GENERALE

Premessa

L'invio del record avviene a cessazione del periodo di assistenza per i periodi infra-annuali e comunque con una chiusura a fine anno per le assistenze che proseguono oltre l'anno. Perché un mese venga considerato in assistenza, la stessa deve essere durata almeno 15 giorni.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività di medicina generale.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'Azienda unità sanitaria locale territorialmente competente. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice medico erogatore (alfanumerico, sedici caratteri, FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico, trenta caratteri, OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri database, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico, venti caratteri, OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico, sedici caratteri, OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il Codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Comune di residenza (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico, tre caratteri, FAC)

Codice Unità sanitaria locale di residenza.

Data inizio assistenza (alfanumerico, otto caratteri, OBB)

Formato GGMMAAAA.

Data cessazione assistenza (alfanumerico, otto caratteri, OBB)

Formato GGMMAAAA.

Quantità (numerico, tre caratteri, OBB)

Numero di mensilità di assistenza addebitate.

Importo totale (numerico, otto caratteri, OBB)

Importo totale addebito (numero mensilità di addebito moltiplicate per la quota mensile di addebito).

Posizione contabile (alfanumerico, un carattere, OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;

2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni addotte da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Campo vuoto (alfanumerico, dieci caratteri, FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Identificativo record (alfanumerico, venti caratteri, OBB)

Identificativo del record. Deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta associato al codice della struttura.

Tracciato record flusso "B": medicina generale

TABELLA: *flusso "B" - Tracciato record attività medicina generale*

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh.. |
|-------|---------|----------------------------|------|---------|
| 1 | 1-6 | Codice struttura | AN | 6 |
| 2 | 7-22 | Codice medico erogatore | AN | 16 |
| 3 | 23-52 | Cognome utente | AN | 30 |
| 4 | 53-72 | Nome utente | AN | 20 |
| 5 | 73-88 | Codice sanitario utente | AN | 16 |
| 6 | 89-94 | Comune di residenza | AN | 6 |
| 7 | 95-97 | | AN | 3 |
| 8 | 98-105 | Data inizio assistenza | AN | 8 |
| 9 | 106-113 | Data cessazione assistenza | AN | 8 |
| 10 | 114-116 | Quantità | N | 3 |
| 11 | 117-124 | Importo totale | N | 8 |
| 12 | 125-125 | Posizione contabile | AN | 1 |
| 13 | 126-135 | Campo vuoto 1 | AN | 10 |
| 14 | 136-155 | Identificativo record | AN | 20 |

Lunghezza totale del record: 155

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0" (zero).

I campi data se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

FLUSSO "C": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa

Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali appartenenti al trimestre quelle che sono avvenute in una data compresa nel trimestre e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel trimestre, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero (dove attivato).

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo alla eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice presidio erogatore (alfanumerico, otto caratteri, FAC)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP: i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

Codice medico prescrittore (alfanumerico, sedici caratteri, FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico, trenta caratteri, OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico, venti caratteri, OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico, sedici caratteri, OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico, un carattere, FAC)

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico, otto caratteri, OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXXOOO.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico, tre caratteri, FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Numero ricetta (alfanumerico, sedici caratteri, FAC)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). In caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare il numero progressivo del paziente o il numero di registro.

Progressivo riga per ricetta (numerico, due caratteri, OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" e "posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" una valorizzazione inversa.

Data (alfanumerico, otto caratteri, OBB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di ciclo si deve riportare la data di chiusura ciclo.

Codifica nomenclatore (alfanumerico, un carattere, OBB)

Codificare con "N" se si utilizzano codifiche nazionali; "R" se si utilizzano codifiche regionali.

Codice prestazione (alfanumerico, sette caratteri, OBB)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario in uso.

Il codice deve essere inserito senza i punti separatori.

Quantità (numerico, tre caratteri, OBB)

1 di default; se si tratta di cicli, indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.

Posizione utente nei confronti del ticket (alfanumerico, un carattere, OBB)

Usare la seguente codifica:

1 = esente totale;

2 = non esente;

3 = pagamento quota ricetta.

Importo ticket (numerico, sette caratteri, OBB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket.

Importo totale (numerico, otto caratteri, OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente.

Posizione contabile (alfanumerico, un carattere, OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;

2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni addotte da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Campo vuoto (alfanumerico, dieci caratteri, FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Identificativo record (alfanumerico, venti caratteri, OBB)

Identificativo del record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori della struttura erogatrice e al progressivo riga.

Tracciato record flusso "C": specialistica ambulatoriale

TABELLA: *flusso "C" - Tracciato record attività specialistica ambulatoriale*

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|---------|------------------------------|------|--------|
| 1 | 1-6 | Codice struttura | AN | 6 |
| 2 | 7-14 | Codice presidio erogatore | AN | 8 |
| 3 | 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 |
| 4 | 31-60 | Cognome utente | AN | 30 |
| 5 | 61-80 | Nome utente | AN | 20 |
| 6 | 81-96 | Codice sanitario individuale | AN | 16 |
| 7 | 97-97 | Sesso utente | AN | 1 |
| 8 | 98-105 | Data nascita utente | AN | 8 |
| 9 | 106-111 | Comune di residenza | AN | 6 |
| 10 | 112-114 | | AN | 3 |
| 11 | 115-130 | Numero ricetta | AN | 16 |
| 12 | 131-132 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 |
| 13 | 133-140 | Data | AN | 8 |
| 14 | 141-141 | Codifica nomenclatore | AN | 1 |
| 15 | 142-148 | Codice prestazione | AN | 7 |
| 16 | 149-151 | Quantità | N | 3 |
| 17 | 152-152 | | AN | 1 |
| 18 | 153-159 | Importo ticket | N | 7 |
| 19 | 160-167 | Importo totale | N | 8 |
| 20 | 168-168 | Posizione contabile | AN | 1 |
| 21 | 169-178 | Campo vuoto 1 | AN | 10 |
| 22 | 179-198 | Identificativo record | AN | 20 |

Lunghezza totale del record: 198

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0" (zero).

I campi data se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

FLUSSO "Z": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALLE ATTIVITA' SANITARIE EROGATE IN FAVORE DI PAZIENTI RICOVERATI IN ALTRE STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Premessa

Il presente tracciato individua le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie del servizio sanitario regionale in favore di altre strutture sanitarie del medesimo servizio, che dovranno essere gestite esclusivamente attraverso le seguenti modalità.

La Regione costituisce la "stanza di compensazione" dei flussi finanziari connessi alle prestazioni di cui trattasi, pertanto le strutture sanitarie non potranno emettere "fattura" ad altre strutture sanitarie per tali eventi.

La Regione, in sede di assegnazione della quota annuale di bilancio, procederà ad effettuare la compensazione finanziaria tra struttura erogante e la struttura in cui il paziente è in carico.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali erogate dalle aziende a soggetti ricoverati presso altre strutture.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo alla eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice presidio erogatore (alfanumerico - otto caratteri - FAC)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP: i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'Azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

Codice struttura richiedente (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria richiedente la prestazione e dove il paziente è ricoverato.

I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico, sedici caratteri, OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il Codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

1=maschio;

2=femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXXOOO.

U.S.L. di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Numero della scheda di dimissione ospedaliera (alfanumerico - dieci caratteri)

Il numero della scheda corrisponde all'identificativo della cartella clinica della struttura che richiede la prestazione, di cui:

- i primi quattro caratteri identificano l'anno di ricovero;
- gli altri sei caratteri costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

Progressivo riga per prestazioni (numerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni.

Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prestazioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine prestazione; in essa sarà riportato l'importo totale delle prestazioni. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati. La riga "99", invece, deve contenere il costo totale delle prestazioni erogate.

Data (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di ciclo si deve riportare la data di chiusura ciclo.

Codifica nomenclatore (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codificare con "N" se si utilizzano codifiche nazionali; "R" se si utilizzano codifiche regionali.

Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario in uso. Il codice deve essere inserito senza i punti separatori.

Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

1 di default; se si tratta di cicli, indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.

Importo totale (numerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti.

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1=prestazione appartenente al periodo di competenza;

2=prestazione recuperata dal periodo precedente;

3=prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni addotte da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Campo vuoto (alfanumerico - dieci caratteri - FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB)

Identificativo del record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99.

Deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori della struttura erogatrice e al progressivo riga.

Tracciato record flusso "Z": prestazioni sanitarie erogate in favore di pazienti ricoverati in altre strutture del servizio sanitario regionale

TABELLA: *flusso "Z" - Tracciato record attività sanitarie erogate in favore di pazienti ricoverati in altre strutture del servizio sanitario regionale*

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|--------|-------------------|------|--------|
|-------|--------|-------------------|------|--------|

| | | | |
|----|---------|------------------------------|-------|
| 1 | 1-6 | Codice struttura | AN 6 |
| 2 | 7-14 | Codice presidio erogatore | AN 8 |
| 3 | 15-20 | Codice struttura richiedente | AN 6 |
| 4 | 21-50 | Cognome utente | AN 30 |
| 5 | 51-70 | Nome utente | AN 20 |
| 6 | 71-86 | Codice sanitario individuale | AN 16 |
| 7 | 87 | Sesso utente | AN 1 |
| 8 | 88-95 | Data nascita utente | AN 8 |
| 9 | 96-101 | Comune di residenza | AN 6 |
| 10 | 102-104 | | AN 3 |
| 11 | 105-114 | Numero S.D.O. | AN 10 |
| 12 | 115-116 | Progressivo riga per ricetta | N 2 |
| 13 | 117-124 | Data | AN 8 |
| 14 | 125 | Codifica nomenclatore | AN 1 |
| 15 | 126-132 | Codice prestazione | AN 7 |
| 16 | 133-135 | Quantità | N 3 |
| 17 | 136-143 | Importo totale | N 8 |
| 18 | 144 | Posizione contabile | AN 1 |
| 19 | 145-164 | Campo vuoto 1 | AN 20 |
| 20 | 165-184 | Identificativo record | AN 20 |

Lunghezza totale del record: 184

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

I campi data se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

FLUSSO "D": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' FARMACEUTICA.

Premessa

Si considerano prestazioni appartenenti al trimestre le ricette spedite in una data compresa nel trimestre. Si ricorda che la convenzione prevede la possibilità di spedizione di ricette anche in mesi successivi a quello di erogazione del farmaco.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività farmaceutica.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'Azienda unità sanitaria locale territorialmente competente alla erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il Codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXXOOO.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta).

Progressivo riga per ricetta (numerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto.

Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record:

- la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" e "posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" comporta una valorizzazione inversa.

Data erogazione del farmaco (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA.

Codice farmaco (alfanumerico - dieci caratteri - OBB)

Riportare il codice del farmaco distribuito.

Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

1 di default.

Posizione utente nei confronti del ticket (alfanumerico - un carattere - OBB)

Usare la seguente codifica:

1 = esente totale;

2 = non esente;

3 = pagamento quota ricetta.

Importo ticket (numerico - sette caratteri - OBB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket.

Importo totale (numerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente.

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;

2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni adottate da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Campo vuoto (alfanumerico - dieci caratteri - FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB)

Identificativo del record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori della struttura erogatrice e al progressivo riga.

Tracciato record flusso "D": attività farmaceutica

TABELLA: *flusso "D" - Tracciato record attività farmaceutica*

| Prog. | | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|---------|------------------------------|-------------------|------|--------|
| 1 | 1-6 | Codice struttura | AN 6 | | |
| 2 | 7-23 | Medico prescrittore | AN 16 | | |
| 3 | 24-53 | Cognome utente | AN 30 | | |
| 4 | 54-73 | Nome utente | AN 20 | | |
| 5 | 74-89 | Codice sanitario individuale | AN 16 | | |
| 6 | 90-90 | Sesso utente | AN 1 | | |
| 7 | 91-98 | Data nascita utente | AN 8 | | |
| 8 | 99-104 | Comune di residenza | AN 6 | | |
| 9 | 105-107 | | AN 3 | | |
| 10 | 108-123 | Numero ricetta | AN 16 | | |
| 11 | 124-125 | Progressivo riga per ricetta | N 2 | | |
| 12 | 126-133 | Data erogazione del farmaco | AN 8 | | |
| 13 | 134-143 | Codice farmaco | AN 10 | | |
| 14 | 144-146 | Quantità | N 3 | | |

| | | | | |
|----|---------|-----------------------|----|----|
| 15 | 147-147 | | AN | 1 |
| 16 | 148-154 | Importo ticket | N | 7 |
| 17 | 155-162 | Importo totale | N | 8 |
| 18 | 163-163 | Posizione contabile | AN | 1 |
| 19 | 164-173 | Campo vuoto 1 | AN | 10 |
| 20 | 174-193 | Identificativo record | AN | 20 |

Lunghezza totale del record: 193

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

FLUSSO "E": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' CURE TERMALI

Premessa

Si considerano prestazioni appartenenti al trimestre quelle che sono avvenute in una data compresa nel trimestre e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel trimestre, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività di cure termali.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'Azienda unità sanitaria locale facente capo all'eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice presidio erogatore (alfanumerico - sei caratteri - FAC)

Il codice da utilizzare è quello che individua i dati anagrafici della struttura sanitaria nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nel modello STS11.

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il Codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXXOOO.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Diagnosi (alfanumerico - cinque caratteri - FAC)

Codifica ICD-9-CM.

Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta).

Progressivo riga per ricetta (numerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record:

la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" e "posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" comporta una valorizzazione inversa.

Data termine cura (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA.

Codifica nomenclatore (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codificare con "N" se si utilizzano codifiche nazionali; "R" se codifiche regionali.

Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale. Per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste.

Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

Numero effettivo di prestazioni erogate nel ciclo.

Posizione utente nei confronti del ticket (alfanumerico - un carattere - OBB)

Usare la seguente codifica:

1 = esente totale;

2 = non esente;

3 = pagamento quota ricetta.

Importo ticket (numerico - sette caratteri - OBB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket.

Importo totale (numerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente.

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;

2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni adottate da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Campo vuoto (alfanumerico - dieci caratteri - FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB)

Identificativo del record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori della struttura erogatrice e al progressivo riga.

Tracciato record flusso "E": cure termali

TABELLA: *flusso "E" - Tracciato record attività cure termali*

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|---------|------------------------------|------|--------|
| 1 | 1-6 | Codice struttura | AN | 6 |
| 2 | 7-12 | Presidio erogatore | AN | 6 |
| 3 | 13-28 | Medico prescrittore | AN | 16 |
| 4 | 29-58 | Cognome utente | AN | 30 |
| 5 | 59-78 | Nome utente | AN | 20 |
| 6 | 79-94 | Codice sanitario individuale | AN | 16 |
| 7 | 95-95 | Sesso utente | AN | 1 |
| 8 | 96-103 | Data nascita utente | AN | 8 |
| 9 | 104-109 | Comune di residenza | AN | 6 |
| 10 | 110-112 | | AN | 3 |
| 11 | 113-117 | Diagnosi | AN | 5 |
| 12 | 118-133 | Numero ricetta | AN | 16 |
| 13 | 134-135 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 |
| 14 | 136-143 | Data termine cura | AN | 8 |
| 15 | 144-144 | Codifica nomenclatore | AN | 1 |
| 16 | 145-151 | Codice prestazione | AN | 7 |
| 17 | 152-154 | Quantità | N | 3 |
| 18 | 155-155 | | AN | 1 |
| 19 | 156-162 | Importo ticket | N | 7 |
| 20 | 163-180 | Importo totale | N | 8 |
| 21 | 181-181 | Posizione contabile | AN | 1 |
| 22 | 182-191 | Campo vuoto 1 | AN | 10 |

23 192-211 Identificativo record

AN 20

Lunghezza totale del record: 211

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

Data: GMMMAAAA; di cui GG=giorno, MM=mese, AAAA=anno.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

FLUSSO "F": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DEI FARMACI**Premessa**

Il presente tracciato record (file "F") deve essere utilizzato, al fine dei rimborsi, per registrare la somministrazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere a cittadini non ricoverati. Le classi di farmaci per i quali è ammesso il rimborso sono le seguenti:

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

Farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4, della legge 23 dicembre 1996, n. 648: Comprendono farmaci la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, farmaci non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate. Detti medicinali, da utilizzare qualora non esista valida alternativa terapeutica, sono indicati in un apposito elenco istituito con provvedimento CUF 17 gennaio 1997 e periodicamente aggiornato dalla Commissione unica del farmaco. Per la codifica di questi farmaci si utilizzano i primi 10 caratteri del principio attivo.

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

Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale: Con decreto del Ministero della sanità 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del servizio sanitario nazionale e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 del 1° aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato. Pertanto è soggetta a compensazione la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali (se non compresi nella tariffa della prestazione). Sono compresi anche i prodotti previsti dal decreto del Ministero della sanità del 5 novembre 1996.

Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico: Trattasi di farmaci che, nel caso di distribuzione da parte di strutture pubbliche, vanno inseriti nel tracciato record file "F" e sono indicati nelle note nn. 37 CUF e 58 CUF (ossigeno liquido e gassoso) di cui al provvedimento CUF 7 agosto 1998 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 239 del 13 ottobre 1998.

Medicinali antiblastici: Farmaci previsti al comma 6, dell'art. 68 legge 23 dicembre 1998, n. 448, per il solo utilizzo domiciliare.

Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici: Nel file "F" in tutti i casi sopra indicati in caso di mancanza del codice Minsan 10 e se non indicato diversamente, per il campo "codice del farmaco" si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno la codifica: ossigeno;
- per i preparati iposensibilizzanti la codifica: IPO + 4 caratteri iniziali della ditta produttrice + 1 carattere ("I" se terapia iniziale, "M" se terapia di mantenimento) + 2 caratteri per la via di somministrazione;
- per i preparati galenici la codifica: GAL ed il nome del principio attivo per la restante lunghezza del campo.

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

Per i farmaci somministrati in regime di ricovero non può essere richiesto nessun rimborso.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività di somministrazione diretta di farmaci.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate.

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo all'eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Questo campo va compilato soltanto dalle Aziende unità sanitarie locali. Le Aziende ospedaliere i Policlinici e gli I.R.C.C.S. devono riempire il campo con valore "spazio".

Codice presidio erogatore (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP: i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Questo campo non deve essere compilato dalle Aziende unità sanitarie locali nel caso di farmaci somministrati durante prestazioni specialistiche ambulatoriali in strutture territoriali. In questo caso il campo deve essere riempito con valore "spazio".

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - OIU)

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXX000.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Numero ricetta (numerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta).

Progressivo riga per ricetta (numerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto.

Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record:

La riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" e "posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" comporta una valorizzazione inversa.

Data erogazione del farmaco (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA.

Codice farmaco (alfanumerico - dieci caratteri - OBB)

Riportare il codice del farmaco distribuito.

Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

1 di default.

Posizione utente nei confronti del ticket (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Usare la seguente codifica:

1 = esente totale;

2 = non esente;

3 = pagamento quota ricetta.

Importo ticket (numerico - sette caratteri - OBB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

L'importo in euro deve essere riportato senza la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime due posizioni del campo. Es.: E 200,65 memorizzato come 0020065.

Importo totale (numerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0". L'importo in euro deve essere riportato senza la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime due posizioni del campo. Es.: E 200,65 memorizzato come 0020065.

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;

2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni adottate da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Tracciato record flusso "F": somministrazione diretta farmaci

TABELLA: *flusso "F" - Tracciato record attività somministrazione diretta farmaci*

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|---------|------------------------------|------|--------|
| 1 | 1-6 | Codice Azienda sanitaria | AN | 6 |
| 2 | 7-14 | Codice Presidio erogatore | AN | 8 |
| 3 | 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 |
| 4 | 31-60 | Cognome utente | AN | 30 |
| 5 | 61-80 | Nome utente | AN | 20 |
| 6 | 81-96 | Codice sanitario individuale | AN | 16 |
| 7 | 97 | Sesso utente | AN | 1 |
| 8 | 98-105 | Data nascita utente | AN | 8 |
| 9 | 106-111 | Comune di residenza | AN | 6 |
| 10 | 112-114 | | AN | 3 |
| 11 | 115-130 | Numero ricetta | AN | 16 |
| 12 | 131-132 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 |
| 13 | 133-140 | Data erogazione farmaco | AN | 8 |
| 14 | 141-150 | Codice farmaco | AN | 10 |
| 15 | 151-153 | Quantità | N | 3 |
| 16 | 154-155 | | AN | 2 |
| 17 | 156-162 | Importo ticket | N | 7 |
| 18 | 163-170 | Importo totale | N | 8 |
| 20 | 171 | Posizione contabile | AN | 1 |

Lunghezza totale del record: 171

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

Data: GGMMAAAA; di cui GG=giorno, MM=mese, AAAA=anno.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0" (zero).

FLUSSO "G": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO.

Premessa

Le prestazioni riguardano le prestazioni di elisoccorso e di trasporto con ambulanza se non seguite da ricovero ospedaliero.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività di elisoccorso e di trasporto con ambulanza.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo alla eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice presidio erogatore (alfanumerico - otto caratteri - FAC)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP. I primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'Azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)

Codice regionale o codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - OIU)

Codice sanitario individuale dell'utente. Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri.

Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXX000.

Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)

Codice unità sanitaria locale di residenza.

Data erogazione della prestazione di elisoccorso (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA.

Campo vuoto (alfanumerico - dieci caratteri - FAC)

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

Tracciato record flusso "G": trasporto con ambulanza ed elisoccorso

TABELLA 8: *flusso "G" - Tracciato record attività trasporto con ambulanza ed elisoccorso.*

| Prog. | | Posiz. | | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|---------|-------------------------|----|-------------------|------|--------|
| 1 | 1-3 | Codice struttura | AN | 6 | | |
| 2 | 7-14 | Presidio erogatore | AN | 8 | | |
| 3 | 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 | | |
| 4 | 31-60 | Cognome utente | AN | 30 | | |
| 5 | 61-80 | Nome utente | AN | 20 | | |
| 6 | 81-96 | Codice sanitario utente | AN | 16 | | |
| 7 | 97-97 | Sesso utente | AN | 1 | | |
| 8 | 98-105 | Data nascita utente | AN | 8 | | |
| 9 | 106-111 | Comune di residenza | AN | 6 | | |
| 10 | 112-114 | | AN | 3 | | |
| 12 | 115-122 | Data | AN | 8 | | |
| 13 | 123-132 | Campo vuoto 1 | AN | 10 | | |

Lunghezza totale del record: 132

Note: Formato AN: alfanumerico N: Numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

I campi data se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

FLUSSO "S": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ESTERNA

Premessa

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal tracciato, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice Azienda ospedaliera o unità sanitaria locale (alfanumerico - tre caratteri)

Il codice da utilizzare è costituito dal progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice distretto (alfanumerico - due caratteri)

E' il codice utilizzato per la suddivisione territoriale

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri)

Il codice assegnato alla struttura convenzionata. Il codice da utilizzare è quello che individua i dati anagrafici della struttura sanitaria nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nel modello STS11. La struttura viene individuata dal codice, assegnato dall'unità sanitaria locale di appartenenza. Anche gli specialisti esterni hanno un codice assegnato dall'Azienda unità sanitaria locale che viene riportato nei modelli STS11 e 21.

I dati relativi alle strutture convenzionate e ai codici loro assegnati devono essere inviate secondo lo schema indicato nella specifica tabella che deve essere inviata esclusivamente per la prima trasmissione, e successivamente per eventuali variazioni e/o nuove introduzioni. Nel caso di cessazione di attività di una struttura, il codice assegnato non deve essere più utilizzato.

Codice branca (alfanumerico - due caratteri)

I codici della branca specialistica della struttura da utilizzare sono quelli descritti nella specifica tabella allegata e corrispondono ai codici delle branche specialistiche utilizzate dai modelli STS21 con in coda, dopo la voce "altro", altre discipline non contemplate nei suddetti modelli ministeriali.

Importo lordo (alfanumerico - dieci caratteri)

Ticket (alfanumerico - dieci caratteri)

Numero prestazioni (alfanumerico - sei caratteri)

Mese (alfanumerico - due caratteri)

Anno (alfanumerico - quattro caratteri)

Trimestre (alfanumerico - un carattere)

Campo vuoto (alfanumerico - quattordici caratteri)

Campo riservato per eventuali utilizzazioni future.

Questo campo non si compila e deve essere lasciato vuoto.

Tracciato record flusso "S": Specialistica convenzionata esterna

TABELLA: flusso "S" - Tracciato record specialistica convenzionata esterna

| Prog. | Posiz. | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|--------|--------------------|------|--------|
| 1 | 1-3 | AN | 3 | |
| 2 | 4-5 | Codice distretto | AN | 2 |
| 3 | 6-11 | Codice struttura | AN | 6 |
| 4 | 12-13 | Codice branca | AN | 2 |
| 5 | 14-23 | Importo lordo | AN | 10 |
| 6 | 24-33 | Ticket | AN | 10 |
| 7 | 34-39 | Numero prestazioni | AN | 6 |
| 8 | 40-41 | Mese | AN | 2 |
| 9 | 42-45 | Anno | AN | 4 |
| 10 | 46 | Trimestre | AN | 1 |
| 11 | 47-60 | Vuoto | AN | 14 |

Lunghezza totale del record: 60

Note: Formato AN: alfanumerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

Codici branca specialistica

TABELLA BRANCHE SPECIALISTICHE

| Codice | Descrizione branca specialistica |
|--------|--|
| 1 | Anestesia |
| 2 | Cardiologia |
| 3 | Chirurgia generale |
| 4 | Chirurgia plastica |
| 5 | Chirurgia vascolare - Angiologia |
| 6 | Dermosifilopatia |
| 7 | Diagnostica per immagini - Medicina nucleare |
| 8 | Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica |
| 9 | Endocrinologia |
| 10 | Gastroenterologia |
| 11 | Laboratorio analisi chimiche e microbiologiche - microbiologia - virologia - anatomia e istologia patologica - genetica - immunoematologia e serv. trasfusionale |
| 12 | Medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi |
| 13 | Nefrologia |
| 14 | Neurochirurgia |
| 15 | Neurologia |
| 16 | Oculistica |
| 17 | Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale |
| 18 | Oncologia |
| 19 | Ortopedia e traumatologia |
| 20 | Ostetricia e ginecologia |
| 21 | Otorinolaringoiatria |
| 22 | Pneumologia |
| 23 | Psichiatria |

- 24 Radioterapia
- 25 Urologia
- 26 Altro
- 27 Allergologia
- 28 Diabetologia
- 29 Medicina dello sport
- 30 Reumatologia

Anagrafica delle strutture convenzionate**TABELLA DA INVIARE PER LA TRASMISSIONE**

Codice Azienda Ospedaliera o Azienda U.S.L.

Codice struttura (modello STS11)

Denominazione struttura (*)

Indirizzo

Città provincia c.a.p.

Codici branche convenzionate

(*) Riportare la denominazione ufficiale della struttura, nel caso di specialisti esterni riportare il cognome e il nome del titolare, come nei modelli STS11 e 21.

Modalità di trasmissione dei dati

Le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, Aziende policlinici delle università, gli IRCCS, devono inviare i dati direttamente al dipartimento osservatorio epidemiologico. Le case di cura e gli specialisti convenzionati esterni dovranno inviare i dati ai servizi del sistema informativo locale (SIL) delle Aziende unità sanitarie locali di appartenenza. Conseguentemente i SIL delle Aziende unità sanitarie locali invieranno al dipartimento osservatorio epidemiologico dell'Assessorato, secondo le modalità di seguito indicate, i dati delle predette strutture.

Tutti i dati riguardanti le singole prestazioni dovranno essere trasmessi seguendo le procedure indicate, dovranno essere memorizzati seguendo le specifiche della codifica ASCII con record a lunghezza fissa e secondo i tracciati allegati. Non devono essere presenti delimitatori fra i campi e ogni record è una riga.

Se un campo del record non riporta alcun dato, esso deve essere comunque valorizzato con zeri se il campo è di tipo numerico o con BLANK (SPAZIO) se il campo è di tipo alfanumerico. Nel caso in cui un campo del record non venga riempito completamente, la parte di campo non utilizzata dovrà essere valorizzata con zeri se il campo è di tipo numerico o con BLANK (SPAZIO) se il campo è di tipo alfanumerico.

Si intende per obbligatorio il campo che deve necessariamente essere compilato. Nel caso in cui la scelta non rientri tra quelle predefinite dal presente disciplinare, il campo dovrà essere valorizzato per tutta la sua lunghezza con zeri se è di tipo numerico o con BLANK (SPAZIO) se di tipo alfanumerico.

Il nome del file deve essere così composto:

- RRRNTAAM.TXT

RRR sarà il codice della struttura erogatrice (es: 101 per l'Azienda unità sanitaria locale n. 1 di Agrigento);

N numero indicante il progressivo di trasmissione;

T numero indicante il trimestre di riferimento;

AA ultime due cifre dell'anno di riferimento;

M lettera indicante il modello di attività/prestazione: (*)

"B" per attività medicina generale;

"C" per attività specialistica ambulatoriale;

"Z" per le attività erogate in favore di altre aziende;

"D" per attività farmaceutica;

"E" per attività cure termali;

"F" per attività somministrazione diretta dei farmaci;

"G" per attività trasporti con ambulanza ed elisoccorso;

"S" per attività di specialistica convenzionata esterna;

"M" per attività di specialistica convenzionata esterna.

I dati che verranno inviati in maniera difforme a quanto descritto nel disciplinare tecnico, o che conterranno dati inseriti non correttamente, verranno scartati e restituiti.

Tempi di trasmissione

Le suddette disposizioni entrano in vigore a partire dalle attività sanitarie erogate dal 1° gennaio 2002.

I dati dovranno essere trasmessi, con cadenza trimestrale, come segue:

- entro il 20 marzo: dati relativi al 4° trimestre dell'anno precedente (attività sanitarie erogate dall'1 ottobre al 31 dicembre);
- entro il 30 giugno: dati relativi al 1° trimestre dell'anno in corso (attività sanitarie erogate dall'1 gennaio al 31 marzo);
- entro il 30 settembre: dati relativi al 2° trimestre dell'anno in corso (attività sanitarie erogate dall'1 aprile al 30 giugno);
- entro il 30 dicembre: dati relativi al 3° trimestre dell'anno in corso (attività sanitarie erogate dall'1 luglio al 30 settembre).

Non verranno presi in considerazione i dati riportati al di fuori del trimestre di riferimento.

Modalità di trasmissione dati

A richiesta delle Aziende sanitarie, il dipartimento osservatorio epidemiologico dell'Assessorato regionale della sanità fornirà, dei software che dovranno essere utilizzati per controllare la qualità dei dati relativi alle attività sanitarie e per la preparazione dell'invio degli stessi.

Tali software utilizzando i tracciati record sopra definiti, effettueranno un controllo di tipo logico formale sui dati relativi alle varie attività sanitarie, quindi produrranno dei report nei quali saranno riportati i valori per l'individuazione e la correzione dei dati errati.

Tali dati dovranno essere corretti e, i dati corretti, unitamente agli altri, dovranno essere sottoposti ad un ulteriore passaggio di controllo.

Una volta raggiunto il 100% di dati corretti i software creeranno due distinti archivi, criptati con apposito algoritmo, corrispondenti alle due parti in cui è suddiviso ciascun tracciato.

Le due parti di ciascun tracciato dovranno essere trasmesse, esclusivamente per via telematica, mediante invii separati, all'indirizzo e-mail ass.sicilia@sanita.it del dipartimento osservatorio epidemiologico.

FLUSSO "M": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA

Premessa

Gli specialisti e le strutture accreditate provvisoriamente, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 724/94, dovranno inviare i dati alle Aziende unità sanitarie locali di appartenenza anche ai fini del relativo pagamento. Successivamente le Aziende unità sanitarie locali invieranno alla Regione, secondo le modalità indicate nel presente documento, i dati delle predette strutture.

Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate esterne, appartenenti al mese riferimento, quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

I responsabili del SIL devono comunicare, alle singole strutture convenzionate, il codice dell'Azienda unità sanitaria locale di riferimento ed il codice progressivo attribuito allo specialista in ambito provinciale per la trasmissione dei dati. Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione, la definizione e il relativo sistema di codifica da adottare per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

Codice struttura (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'Azienda U.S.L. facente capo alla struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione, i successivi tre sono costituiti dal progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Codice struttura erogatrice (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura, accreditata provvisoriamente ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 724/94, nei modelli ministeriali, cioè quello che individua i dati anagrafici della struttura sanitaria nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali e, in particolare, nel modello STS 11. La struttura erogatrice viene individuata da un codice, assegnato dalla U.S.L. di appartenenza. Ogni specialista ambulatoriale esterno ha, quindi, un codice assegnato dall'Azienda U.S.L. che viene riportato nei modelli ministeriali STS 11 e 21 (esempio: 400200).

I dati relativi alle strutture convenzionate e ai codici loro assegnati devono essere inviate secondo lo schema indicato nella specifica tabella "Anagrafica delle strutture convenzionate" che deve essere inviata esclusivamente per la prima trasmissione, e, successivamente, per eventuali variazioni e/o nuove introduzioni. Nel caso di cessazione di attività di una struttura, il codice assegnato non deve essere più utilizzato.

Codice branca specialistica (alfanumerico - due caratteri - OBB)

I codici della branca specialistica della struttura da utilizzare sono quelli descritti nella specifica tabella allegata e corrispondono ai codici delle branche specialistiche utilizzate dai modelli STS21 con in coda, dopo la voce "altro", altre discipline non contemplate nei suddetti modelli ministeriali.

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Codice fiscale del medico.

Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OIU)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OIU)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente. Scritto tutto maiuscolo.

Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OIU)

Codice fiscale dell'utente.

Sesso utente (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codifica da utilizzare:

1=maschio;

2=femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OIU)

Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice Istat del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice Istat della provincia di residenza in formato XXX000.

U.S.L. di residenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Codice U.S.L. di residenza.

Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). In caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare il numero progressivo del paziente o il numero di registro.

Progressivo riga per ricetta (numerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione.

Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto.

Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record. La riga 01 comporta che i campi "Data", "Codice prestazione" e "Quantità" siano valorizzati mentre i campi "Importo ticket", "Posizione ticket" e "Posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" una valorizzazione inversa.

Data (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di ciclo si deve riportare la data di chiusura ciclo.

Codifica nomenclatore (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codificare con "N" se si utilizzano codifiche nazionali; "R" se si utilizzano codifiche regionali.

Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario in uso. Il codice deve essere inserito senza i punti separatori.

Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

1 di default; se si tratta di cicli, indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.

Posizione utente nei confronti del ticket (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Usare la seguente codifica:

1=esente totale;

2=non esente;

3=pagamento quota ricetta.

Importo ticket (numerico - sette caratteri - OBB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

L'importo in euro deve essere riportato senza la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime due posizioni del campo. Es.: E 200,65 memorizzato come 0020065.

Importo totale (numerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente. Vale quanto scritto per l'importo del ticket.

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1=prestazione appartenente al periodo di competenza;

2=prestazione recuperata dal periodo precedente,

3=prestazioni addebitate in ritardo a seguito i errori rilevati dopo l'invio.

Successivamente verranno inseriti altri codici con riferimento alle contestazioni addotte da questo Assessorato e la possibilità di rispondere e/o ripresentare la scheda con le correzioni.

Trimestre (alfanumerico - un carattere - OBB)

Indicare il trimestre di riferimento alla prestazione erogata.

Tracciato record Flusso "M": Specialistica convenzionata

TABELLA: *Flusso "M" - Tracciato record attività specialistica convenzionata esterna.*

| Prog. | | Posiz. | | Descrizione campo | Tipo | Lungh. |
|-------|-------|-----------------------------|----|-------------------|------|--------|
| 1 | 1-6 | Codice Azienda U.S.L. | AN | 6 | | |
| 2 | 7-12 | Codice struttura erogatrice | AN | 6 | | |
| 3 | 13-14 | Codice branca | N | 2 | | |

| | | | | |
|----|---------|------------------------------|----|----|
| 4 | 15-30 | Medico prescrittore | AN | 16 |
| 5 | 31-60 | Cognome utente | AN | 30 |
| 6 | 61-80 | Nome utente | AN | 20 |
| 7 | 81-96 | Codice fiscale utente | AN | 16 |
| 8 | 97 | Sesso utente | N | 1 |
| 9 | 98-105 | Data nascita utente | AN | 8 |
| 10 | 106-111 | Comune di residenza | N | 6 |
| 11 | 112-114 | U.S.L. di residenza | AN | 3 |
| 12 | 115-130 | Numero ricetta | AN | 16 |
| 13 | 131-132 | Progressivo riga per ricetta | N | 2 |
| 14 | 133-140 | Data | AN | 8 |
| 15 | 141 | Codifica nomenclatore | AN | 1 |
| 16 | 142-148 | Codice prestazione | AN | 7 |
| 17 | 149-151 | Quantità | N | 3 |
| 18 | 152-153 | | AN | 2 |
| 19 | 154-160 | Importo ticket | N | 7 |
| 20 | 161-168 | Importo totale | N | 8 |
| 21 | 169 | Posizione contabile | AN | 1 |
| 22 | 170 | Trimestre | N | 1 |

Lunghezza totale del record: 170 caratteri.

Note: Formato N: Alfanumerico; N: Numerico.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0".

TABELLACODICI BRANCHE SPECIALISTICHE

| Codice | Descrizione branca specialistica |
|--------|---|
| 01 | Anestesia |
| 02 | Cardiologia |
| 03 | Chirurgia generale |
| 04 | Chirurgia plastica |
| 05 | Chirurgia vascolare - Angiologia |
| 06 | Dermosifilopatia |
| 07 | Diagnostica per immagini-Medicina nucleare |
| 08 | Diagnostica per immagini-Radiologia diagnostica |
| 09 | Endocrinologia |
| 10 | Gastroenterologia |
| 11 | Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche - microbiologia - virologia- anatomia e istologia patologica - genetica - immunoematologia e serv. trasfusionale |
| 12 | Medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi |
| 13 | Nefrologia |
| 14 | Neurochirurgia |
| 15 | Neurologia |
| 16 | Oculistica |
| 17 | Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale |
| 18 | Oncologia |
| 19 | Ortopedia e traumatologia |
| 20 | Ostetricia e ginecologia |
| 21 | Otorinolaringoiatria |
| 22 | Pneumologia |
| 23 | Psichiatria |

- 24 Radioterapia
- 25 Urologia
- 26 Altro
- 27 Allergologia
- 28 Diabetologia
- 29 Medicina dello sport
- 30 Reumatologia

Anagrafica delle strutture convenzionate

Codice Azienda U.S.L.

Codice struttura (modello STS 11)

Denominazione struttura (*)

Indirizzo

Città provincia c.a.p.

Codici branche convenzionate

(*) Riportare la denominazione ufficiale della struttura, nel caso di specialisti esterni riportare il cognome e il nome del titolare, come nei modelli STS 11 e 21.

Gli specialisti convenzionati esterni dovranno trasmettere i dati all'Azienda unità sanitaria locale di riferimento, nei seguenti supporti magnetici:

| | Tipo supporto | | Formato | | Densità | Codifica |
|-------------|---------------|----------|---------|-------|---------|----------|
| Floppy disk | | 3" e 1/2 | 1440 Kb | ASCII | | |
| CD Rom | | | 640 MB | ASCII | | |

Per ciascun mese dovranno essere inviati i dati secondo le modalità concordate con i servizi competenti dell'Azienda unità sanitaria locale di riferimento, in particolare con il SIL (servizio informativo locale).

Su ciascun supporto magnetico dovrà essere applicata una etichetta contenente soltanto le seguenti informazioni:

- 1) struttura (codice e/o denominazione);
- 2) anno e mese a cui si riferiscono i dati;
- 3) data di invio;
- 4) numero di record trasmessi;
- 5) codice attività/prestazione erogata.

Tutti i dati riguardanti le singole prestazioni dovranno essere trasmessi seguendo le procedure su indicate, formattati MS-DOS, scritti in formato ASCII con record a lunghezza fissa e secondo il tracciato allegato.

Non devono essere presenti delimitatori fra i campi e ogni record è una riga.

Il nome del file deve essere così composto:

RRRTAAM.TXT

RRR sarà il codice U.S.L. dell'Azienda di riferimento della struttura erogatrice (es: "101" per l'Azienda U.S.L. n. 1 di Agrigento);

TT numero indicante il mese di riferimento (es. "07" per il mese di luglio);

AA ultime due cifre dell'anno di riferimento;

M lettera indicante il modello di attività/prestazione: "M" per la specialistica convenzionata esterna.

I dati che verranno inviati in maniera difforme a quanto descritto nel disciplinare tecnico, o che conterranno dati inseriti non correttamente, verranno restituiti.

I dati dovranno essere trasmessi dagli specialisti e dalle strutture accreditate provvisoriamente, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 724/94, alle Aziende unità sanitarie locali di appartenenza.

Le Aziende unità sanitarie locali, dopo avere espletato i controlli, secondo le modalità indicate nel presente documento, invieranno i dati delle suddette strutture, esclusivamente al "dipartimento osservatorio epidemiologico", con cadenza mensile, come segue: entro il giorno 5 del secondo mese successivo (es.: prestazioni erogate nel mese di maggio entro il 5 di luglio).