Assessorato Sanità
Regione Emilia-Romagna

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale

Prot.n. ASS/DIR/02/ 25197 Bologna, li 06/06/2002

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia-Romagna

CIRCOLARE N. 10

Al Commissario Straordinario
Al Direttore Amministrativo
Al Direttore Sanitario
dello II. OO. RR:

Ai Direttori Sanitari
delle Case di cura private

Ai Direttori Sanitari
degli Stabilimenti Termali
della Regione Emilia-Romagna

Ai Referenti della mobilità sanitaria
interregionale ed infraregionale
Ai responsabili del Bilancio
Ai Responsabili del Sistema informativo
delle Aziende Sanitarie e degli Istituti
Ortopedici Rizzoli

e, p.c.

Ai Legali rappresentanti
delle Case di cura private

Ai Legali rappresentanti
degli Stabilimenti Termali

Ai Presidenti dell'AIOP, dell'ARIS
e dell'ANISAP regionali

L O R O S E D I

Oggetto: "Regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale Anno 2002"

Questa circolare definisce le regole per la gestione della mobilità sanitaria delle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2002.
In linea generale si ricorda che i flussi sono finalizzati alla compensazione, delle prestazioni sanitarie a carico del SSN (produttori pubblici e privati accreditati) fruite dai cittadini fuori dall'ambito territoriale di residenza, sia in ambito regionale che nazionale.
Oggetto di compensazione, secondo le diverse modalità di seguito riportate, sono prestazioni ben definite rivolte a soggetti identificabili, sulla base di tariffe riconosciute.

Le specifiche tecniche che seguono distinguono la **mobilità interregionale** dall'**infraregionale**, mentre nell'allegato 1 sono contenuti **i tracciati record** per la trasmissione dei dati.

A- Mobilità interregionale

E' riferita alle prestazioni erogate per residenti in altre Regioni italiane; le regole che presiedono a questi flussi sono frutto di specifico accordo tra Regioni. L'accordo vigente è disponibile sulle pagine Web del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali .
Lo scambio dei dati avviene, annualmente, tra Regioni secondo un preciso calendario di scadenze. Ogni Regione garantisce la comunicazione con le proprie Aziende, raccogliendo i dati relativi alle prestazioni erogate per residenti in altre Regioni (mobilità attiva) e trasmettendo quelli relativi ai consumi dei propri residenti in altre Regioni (mobilità passiva).
A seguito di un processo di controllo, contestazione, accordo conclusivo, si giunge al riconoscimento definitivo dei debiti/crediti, che trova riscontro (in genere due anni dopo) al tavolo nazionale di riparto.

Prestazioni oggetto di compensazione

I settori oggetto di compensazione della mobilità sanitaria interregionale sono:
- ricoveri ospedalieri in regime ordinario e di day-hospital (per prestazioni in tutto od in parte a carico del SSN) (flusso A);
- medicina generale (flusso B);
- specialistica ambulatoriale (per prestazioni a carico del SSN) (flusso C);
- farmaceutica territoriale (flusso D);
- cure termali (flusso E);
- somministrazione diretta di farmaci (flusso F);
- trasporti con ambulanza (se non seguiti da ricovero) ed elisoccorso (flusso G).

Sono **escluse** dalla compensazione in quanto "**fatturate direttamente**" dalla struttura erogatrice all'Azienda USL di residenza dell'utente, le seguenti prestazioni:
- fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici (Nomenclatore Tariffario delle Protesi);
- prestazioni di assistenza integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare (decreto del Ministro della sanità 8 giugno 2001) ;
- fornitura di presidi sanitari per diabetici;
- prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione ex art.26 legge 833/78 (specialistiche, residenziali e semiresidenziali);
- prestazioni erogate in strutture pubbliche e convenzionate a valenza socio-sanitaria (es. prestazioni sanitarie erogate a favore dei tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche, erogate nelle RSA, nelle comunità alloggio e nelle altre strutture residenziali e semiresidenziali, ecc.).

I Ricoveri in Hospice sono fatturati mensilmente dalla struttura erogatrice all'Azienda Unità Sanitaria Locale di competenza territoriale, la quale provvede al pagamento ed alla successiva **"fatturazione diretta"** all'Azienda sanitaria di residenza del paziente (vedi delibera di Giunta regionale n. 589 del 15/04/2002).

Le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate a favore di cittadini provenienti da altre regioni (ricoveri, specialistica ambulatoriale, prestazioni termali), a seguito di specifici accordi stipulati dalla Regione Emilia Romagna, vengono liquidate direttamente dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di competenza territoriale delle strutture; l'Azienda in seguito recupera quanto pagato attraverso il meccanismo di compensazione della mobilità.

Di seguito si sintetizzano le regole relative ai flussi delle prestazioni oggetto di mobilità.

Ricoveri, medicina generale e specialistica ambulatoriale

Per questi settori sono già attive rilevazioni regionali analitiche e controllate che consentono di estrarre le informazioni necessarie alla mobilità sanitaria interregionale direttamente dalle banche dati regionali, senza richiedere ulteriori e specifiche segnalazioni da parte delle Aziende erogatrici.
Più precisamente:

- per i *ricoveri*, tutte le informazioni sono estratte dalla banca dati regionale Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- per la *medicina generale*, le informazioni sono tratte dall'Archivio regionale dei medici di medicina generale;
- per la *specialistica ambulatoriale*, l'attivazione della rilevazione analitica delle prestazioni a partire dal 2002, (circolare n.3 del 7/02/2002) consentirà di estrarre i dati di mobilità interregionale dalla banca dati regionale Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Vista la recente attivazione del flusso, prima dell'invio alle altre Regioni italiane, i dati saranno verificati in qualità e completezza con le singole Aziende.

Farmaceutica territoriale, cure termali, somministrazione diretta di farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso

Per gli altri settori oggetto di compensazione i dati analitici che documentano le prestazioni erogate a cittadini residenti nelle altre Regioni italiane devono essere trasmessi direttamente dalle Aziende Sanitarie alla Regione, attivando flussi specifici.
Nell'*Allegato 1* si riportano i **nuovi tracciati record** che dovranno essere utilizzati dalle Aziende Sanitarie per inviare i dati analitici di mobilità interregionale a partire dai dati relativi all'anno 2002.
La principale novità introdotta è la **separazione dei file**, disposta in ottemperanza alle indicazioni del Garante per la Privacy, già recepite dal D.M. 380/2000 sulla SDO e dal "Testo Unico sulla compensazione interregionale della mobilità sanitaria". Le prestazioni oggetto di compensazione sono **suddivise in due archivi:** il primo contiene le informazioni di carattere anagrafico (dati anagrafici), il secondo le informazioni di carattere sanitario (dati sanitari).
I dati relativi a questi settori dovranno essere trasmessi all'Assessorato alla Sanità, *Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali* in un unico invio, **entro il 31 Marzo** dell'anno successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, secondo le modalità specificate nell'*Allegato 1*.

Le **strutture termali** dovranno utilizzare i nuovi tracciati record relativi al ***flusso E*** (*Allegato 1*) per trasmettere all'Azienda USL di competenza territoriale le prestazioni erogate a pazienti residenti nelle altre Regioni italiane. L'Azienda USL trasmetterà i dati alla Regione in un unico invio, **entro il 31 Marzo** dell'anno successivo a quello di erogazione delle prestazioni.

B - Mobilità infraregionale

La mobilità infraregionale è finalizzata alla compensazione delle prestazioni sanitarie usufruite da cittadini in Azienda diversa da quella di residenza, nell'ambito della Regione Emilia Romagna.
A questo fine i dati analitici relativi alle prestazioni erogate ed ai soggetti che ne hanno usufruito sono comunicati direttamente tra le Aziende e la Regione mantiene una funzione di regolazione e di compensazione finanziaria.

Prestazioni oggetto di compensazione

I settori oggetto di compensazione della mobilità sanitaria infraregionale sono:
- ricoveri ospedalieri in regime ordinario e di day-hospital (per prestazioni erogate da strutture pubbliche a carico totale o parziale del SSR) (flusso A);
- medicina generale (flusso B);
- specialistica ambulatoriale (per prestazioni erogate da strutture pubbliche a carico del SSR) (flusso C);
- farmaceutica territoriale (flusso D);
- somministrazione diretta di farmaci (flusso F).

Sono escluse dalla compensazione in quanto "fatturate direttamente" dalla struttura erogatrice all'Azienda USL di residenza dell'utente, le seguenti prestazioni:
- i ricoveri in strutture private accreditate;
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in strutture private accreditate;
- le prestazioni termali;
- le prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione ex art.26 legge 833/78 (specialistiche, residenziali e semiresidenziali);
- la fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici (Nomenclatore Tariffario delle Protesi);
- le prestazioni di assistenza integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare (decreto del Ministro della Sanità 8 giugno 2001);
- la fornitura di presidi sanitari per diabetici;
- le prestazioni erogate in strutture pubbliche e convenzionate a valenza socio-sanitaria (es. prestazioni sanitarie erogate a favore dei tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche, erogate nelle RSA, nelle comunità alloggio e nelle altre strutture residenziali e semiresidenziali, ecc.).

I ricoveri in Hospice sono fatturati mensilmente dalla struttura erogatrice all'Azienda Unità Sanitaria Locale di competenza territoriale, la quale provvede al pagamento ed alla successiva **"fatturazione diretta"** all'Azienda sanitaria di residenza del paziente (vedi delibera di giunta regionale n. 589 del 15/04/2002).

Debito informativo delle Aziende Sanitarie

Attualmente sono operativi, con periodicità trimestrale, due diversi scambi informativi:
a) un flusso riepilogativo cartaceo dalle Aziende verso la Regione e tra Aziende (modello A), con cui vengono comunicati gli importi di mobilità; sulla base di questi valori la Regione procede alla compensazione finanziaria e le Aziende effettuano le scritture contabili;
b) un flusso analitico tra Aziende, contestuale al flusso di cui al punto precedente, con cui le Aziende si trasmettono su supporto informatico, i dati analitici che documentano gli addebiti di mobilità.

Con queste indicazioni ci si pone l'obiettivo di semplificare le modalità di gestione di entrambi i flussi.

a) Flusso riepilogativo

La gestione di questo flusso verso la Regione ha presentato alcune criticità, che possono essere così sintetizzate:

- la trasmissione dei dati su *modelli cartacei* obbliga a ridigitare gli importi per ottenere il dato utile per la compensazione, con un aumento della possibilità di commettere errori;
- le Aziende inviano numerose *integrazioni/rettifiche/sostituzioni* dei dati finanziari già trasmessi, che generano difficoltà nella ricostruzione dell'importo corretto;
- gli *accordi di fornitura*, che modificano gli importi dovuti rispetto alle tariffe iniziali delle prestazioni, non vengono inviati alla Regione sistematicamente e tempestivamente.

Questa modalità di comunicazione dei crediti/debiti di mobilità genera spesso un disallineamento tra i valori di mobilità attiva e passiva contabilizzat*i* e *iscritti nei bilanci aziendali* e il *dato regionale utilizzato per la compensazione*, con il conseguente emergere, negli esercizi successivi, di significative sopravvenienze attive e passive.

Da quanto esposto emergono quindi due priorità: ridurre la notevole mole di documenti cartacei trasmessi e dare univocità agli importi di mobilità contabilizzati ed iscritti a bilancio.
A tali criticità si può ovviare mediante l'informatizzazione del flusso, introducendo cioè una nuova modalità di comunicazione alla Regione dei valori di mobilità infraregionale che sostituisca la trasmissione dei modelli cartacei e attribuendo alla Regione la funzione di rendere disponibili direttamente a tutte le Aziende i dati relativi agli importi di mobilità infraregionale.

a.1 Informatizzazione del flusso

A partire dalle prestazioni erogate nel 2002 è *abolita la trasmissione* alla Regione di tutti *i modelli cartacei* (modelli A, A5, B, C, E della Circolare n.9 /1999) e viene introdotta *l'informatizzazione* del flusso .

Nella rete Intranet regionale, all'interno delle pagina Web del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali, verrà prodotto un applicativo tramite il quale sarà possibile trasmettere, gestire e visualizzare i dati relativi ai crediti/debiti di mobilità infraregionale.
Ogni Azienda USL e Ospedaliera avrà a disposizione un modulo ("form"), per l'immissione dei dati nella Intranet regionale con userid e password personale, in cui digitare l'importo del proprio credito nei confronti delle altre Aziende.
Sarà disponibile un modulo per settore oggetto di compensazione, con la lista delle Aziende debitrici, articolato in tre colonne: una per *l'importo lordo del credito*, una per le *contestazioni accolte* (-), la terza contenente *l'importo netto* del credito.
In alternativa alla compilazione manuale della "form", le Aziende avranno la possibilità inviare un file di testo con le medesime informazioni.

Sono previste cinque scadenze di compilazione della "form" come di seguito specificate:

Invio	*Scadenza*	*Competenza*
I	31 Maggio anno in corso	Primo trimestre anno in corso
II	31 Agosto anno in corso	Secondo trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sul periodo precedente
III	30 Novembre anno in corso	Terzo trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sui periodi precedenti
IV	31 Marzo anno successivo	Quarto trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sui periodi precedenti
V	31 Ottobre anno successivo	Eventuali modifiche/integrazioni su tutto l'anno

La colonna relativa *all'importo lordo* del credito conterrà la somma algebrica dei valori finanziari del periodo di riferimento, eventuali integrazioni sui periodi precedenti (inclusi i nuovi addebiti derivanti da storni per contestazioni risolte), possibili variazioni rispetto a quanto già comunicato, dovute a modifiche tariffarie intervenute in corso d'anno, comprese le variazioni in diminuzione (ad esempio, per le degenze, quelle dovute agli abbattimenti tariffari effettuati centralmente).
La colonna *contestazioni accolte* conterrà le contestazioni accolte per le quali Azienda creditrice e debitrice hanno raggiunto un accordo definitivo.
La colonna *importo netto* del credito sarà la differenza tra l'importo lordo e contestazioni accolte.

Gli importi immessi dovranno rappresentare la valorizzazione dell'attività sulla base delle tariffe vigenti fatto salvo eventuali accordi di fornitura.
Le Aziende Sanitarie che regolano la mobilità in base a contratti annuali di fornitura, inseriranno trimestralmente, nella colonna relativa *all'importo lordo*, un quarto dell'importo concordato.
Nel caso in cui, con riferimento ad uno specifico settore, solo una parte dell'attività erogata sia oggetto di accordo, l'Azienda dovrà inserire la somma del valore concordato e della valorizzazione relativa all'attività "fuori accordo" in base alle tariffe vigenti, in modo che l'importo trimestrale esprima, il più correttamente possibile, l'effettiva situazione creditoria dell'Azienda.

I dati relativi alla medicina di base verranno inseriti centralmente dalla Regione e non è previsto uno scambio di dati analitici.

Gli importi comunicati dalle Aziende alimenteranno delle tabelle sintetiche trimestrali, a doppia entrata (Aziende creditrici/Aziende debitrici) che, per ciascun settore oggetto di compensazione, riporteranno i totali a credito, debito e saldo.
Scaduto il termine del 31 marzo verrà effettuato un primo consolidamento della matrice di mobilità, e verrà resa disponibile una tabella sintetica annuale con gli importi dei crediti/debiti di mobilità relativi all'intero anno.
Scaduto il termine per l'ultimo invio (31 ottobre) si procederà al definitivo consolidamento della matrice di mobilità. Gli importi comunicati, alimenteranno la tabella annuale definitiva che conterrà gli importi definitivi oggetto di compensazione finanziaria della mobilità.
A garanzia della trasparenza del sistema tutte le tabelle sintetiche saranno a disposizione delle Aziende Sanitarie in una sezione della *Intranet* sulle apposite pagine Web: www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis.

a.2 Comunicazione dei dati relativi al flusso economico di mobilità

Successivamente alla chiusura di ciascuna delle prime tre scadenze di compilazione della "form", la Regione trasmetterà a ciascuna Azienda, con una nota scritta, le tabelle sintetiche trimestrali con il dato di mobilità attiva e passiva da contabilizzare.
Entro la prima decade di Aprile dell'anno successivo a quello di erogazione delle prestazioni, verrà trasmessa la tabella sintetica annuale, con gli importi dei crediti/debiti di mobilità che dovranno costituire la base per le scritture del bilancio d'esercizio.
La tabella annuale definitiva con gli importi oggetto di compensazione finanziaria della mobilità verrà trasmessa dalla Regione entro la prima decade di novembre. Eventuali differenze rispetto ai valori contabilizzati in sede di bilancio di esercizio costituiranno sopravvenienze a carico del 1° bilancio d'esercizio utile.

La Regione provvederà a conguagliare (rispetto agli acconti erogati con le rimesse mensili di cassa) gli importi di mobilità sanitaria, in base alla tabella annuale definitiva.

Eventuali situazioni creditorie/debitorie (derivanti da pendenze non risolte) le cui risultanze non siano state comunicate entro il 31 ottobre, e non siano quindi comprese nella tabella definitiva, dovranno essere regolate per cassa direttamente dalle stesse Aziende.

b) Flusso di dati analitici tra Aziende Sanitarie

Oltre alla compilazione della "form", con i dati sintetici degli importi, le Aziende "creditrici" devono provvedere alla trasmissione alle Aziende "debitrici" dei dati analitici relativi alle prestazioni erogate ai loro residenti.
Tale trasmissione , che ha le stesse scadenze della "form", segue le regole di seguito indicate.
La trasmissione dovrà essere accompagnata da un prospetto sintetico che conterrà per ciascun settore , oltre ai dati economici già presenti anche nella "form", la sintesi delle prestazioni erogate; lo schema è sotto riportato nello specifico paragrafo.

b.1 Ricoveri

Per tali settori, per cui è attiva e già consolidata una rilevazione regionale analitica e controllata, le Aziende Sanitarie non devono scambiarsi direttamente i dati analitici; è infatti la Regione che trasmette alle Aziende Sanitarie un ritorno informativo completo di mobilità con le seguenti modalità:

- *per i ricoveri*, tutte le informazioni relative alla mobilità vengono trasmesse con il ritorno informativo trimestrale dalla banca dati SDO (circolare n. 4 del 7/2/2002);

Per le regole relative alle contestazioni, controdeduzioni e accordi, si rimanda a specifici paragrafi all'Allegato 1.

Le strutture private dovranno continuare ad allegare alle fatture inviate mensilmente alle Aziende di residenza, i tracciati SDO con i dati analitici relativi.

b.2 Specialistica ambulatoriale

Per questo settore la ancora troppo recente attivazione della rilevazione analitica delle prestazioni (circolare n.3/2002) rende necessario ipotizzare che, per tutto il 2002, siano ancora le Aziende Sanitarie a trasmettersi reciprocamente i dati analitici delle prestazioni. Per evitare una duplicazione dei sistemi di rilevazione, si stabilisce che i dati analitici che documentano gli addebiti di mobilità infraregionale vengano trasmessi utilizzando il tracciato ASA, come da circolare n. 3/2002.

Per semplificare la gestione del contenzioso, si ritiene che anche per questo flusso le Aziende Sanitarie limitino le contestazioni alla residenza del paziente (*vedi Allegato 1, paragrafo "lista degli errori contestabili", tipologia d'errore ERR01=2 "Cittadino non riconoscibile come proprio residente").*

Le strutture private dovranno documentare gli importi addebitati mensilmente alle Aziende USL di residenza del paziente, allegando alle fatture i dati analitici delle prestazioni specialistiche su tracciato ASA.

b.3 Farmaceutica territoriale e somministrazione diretta di farmaci

Per questi settori le Aziende Sanitarie dovranno scambiarsi i dati analitici che documentano le prestazioni erogate utilizzando i nuovi tracciati record di cui all'*Allegato 1.*
Le cause di possibile contenzioso tra le Aziende Sanitarie sono quelle codificate ed elencate nell'*Allegato 1* al paragrafo "lista degli errori contestabili".

b.4 Cure termali

Le strutture termali dovranno allegare alle fatture inviate all'Azienda USL di residenza del paziente i dati analitici delle prestazioni, utilizzando il tracciato record relativo al flusso E, riportato nell'*Allegato 1*.

Gli stabilimenti termali non devono più produrre il modello "A bis" previsto dalla circolare 9 del 14 giugno 1999, che conteneva le precedenti disposizioni per la gestione della mobilità sanitaria.

b.5 Prospetto allegato ai dati analitici

A partire dal 2002 le Aziende Sanitarie creditrici dovranno allegare ai dati analitici un prospetto analogo a quello riportato di seguito.

Settore	n. prestazioni	Importo lordo del credito	Contestazioni risolte (-)	Importo netto del credito
Ricoveri				
Specialistica				
Farmaceutica territoriale				
Somministrazione diretta farmaci				
Totale				

Si precisa che il prospetto serve unicamente per consentire all'Azienda debitrice di ricostruire in modo chiaro il collegamento tra quanto documentato analiticamente e gli importi inseriti nella *Intranet* regionale. Gli importi trasmessi con nota scritta dalla Regione sono gli unici validi da utilizzare per le scritture contabili.

Nella colonna *n. prestazioni* dovrà essere indicato:
- per farmaceutica e somministrazione diretta farmaci il numero di ricette (n.righe 99);
- per la specialistica ambulatoriale il numero di prestazioni;
- per le degenze il numero di ricoveri.

Si ritiene opportuno che le Aziende creditrici, compilino, per completezza, anche la riga relativa ai ricoveri (settore per cui le Aziende non si trasmettono direttamente i dati analitici).

Gli importi indicati nel prospetto devono corrispondere a quelli immessi nella "form" regionale.

b.6 Scadenze

Invio dati analitici

Le scadenze riportate di seguito indicano le date entro cui le Aziende dovranno scambiarsi i dati analitici di mobilità relativi a *specialistica, farmaceutica territoriale, somministrazione diretta di farmaci,* unitamente al prospetto di cui al paragrafo precedente.

Invio	*Scadenza*	*Competenza*
I	31 Maggio anno in corso	Primo trimestre anno in corso
II	31 Agosto anno in corso	Secondo trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sul periodo precedente
III	30 Novembre anno in corso	Terzo trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sui periodi precedenti
IV	31 Marzo anno successivo	Quarto trimestre, eventuali modifiche/integrazioni sui periodi precedenti
V	31 Ottobre anno successivo	Eventuali modifiche/integrazioni su tutto l'anno

Per il primo invio relativo al 2002, dato il ritardo con cui si trasmette la circolare, la scadenza per l'invio dei dati analitici e la compilazione della "form" è posticipata al 20 giugno.

Contenzioso

La decisione di procedere ad un primo "consolidamento" della matrice di mobilità in tempo utile per fornire alle Aziende Sanitarie il dato da iscrivere nel bilancio d'esercizio rende opportuno ridurre i tempi del contenzioso, in modo che buona parte delle eventuali vertenze possano concludersi entro la prima decade di aprile.

Si stabilisce quindi che le Aziende debitrici possano contestare le prestazioni addebitate entro 45 giorni dalla data di ricevimento dei dati analitici e che le Aziende creditrici presentino le controdeduzioni entro 45 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni.

Per i ricoveri i 45 giorni entro cui procedere alle contestazioni decorrono dalla data di messa a disposizione da parte della Regione del ritorno informativo trimestrale.

Terminata la fase di contestazioni e controdeduzioni le Aziende Sanitarie dovranno risolvere nel più breve tempo possibile, mediante accordi bilaterali, l'eventuale contenzioso rimasto in sospeso.

Data la maturità raggiunta dal sistema *si ritiene superato il ricorso al Collegio Arbitrale*, istituito con determina del direttore Generale Sanità e Servizi Sociali n. 4678 del 21 maggio 1998, per la gestione delle contestazioni irrisolte. Per quanto riguarda *l'eventuale contenzioso sui temi dell'appropriatezza organizzativa e clinica,* qualora non sia stato possibile raggiungere un accordo bilaterale, *sarà demandato ai Servizi regionali di competenza* la risoluzione della casistica.

Le disposizioni nazionali e regionali riguardanti la mobilità sanitaria sono disponibili sulle pagine web del Servizio "Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali" all'indirizzo: www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis.

Fiduciosi per la collaborazione ed a disposizione per ogni chiarimento, si inviano i migliori saluti

Franco Rossi

Referenti regionali
Silvia Facchini
Tel. 051/283230
sfacchini@asr.regione.emilia-romagna.it

Boschi Paola
Tel. 051/283161
pboschi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche sociali
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Viale Aldo Moro 30
40127 Bologna

Allegato 1 - Mobilità interregionale ed infraregionale -
Formato file, procedure per il contenzioso, lista degli errori contestabili e tracciati record relativi alla farmaceutica territoriale, alle cure termali, alla somministrazione diretta farmaci e ai trasporti in ambulanza e con elisoccorso

A partire dal 2002, i record relativi alle prestazioni oggetto di compensazione vengono separati in due archivi: il primo contiene le informazioni di carattere anagrafico (dati anagrafici), il secondo le informazioni di carattere sanitario (dati sanitari). La suddivisione non si applica al flusso G di mobilità interregionale (trasporti in ambulanza e con elisoccorso) in quanto non contiene dati sensibili.
I tracciati record di seguito riportati debbono essere utilizzati dalle Aziende Sanitarie e dalle strutture termali per trasmettere i dati di mobilità sanitaria.

1- Formati, nome file, modalità di trasmissione

Formato file- Generalità

I file devono essere scritti in formato ASCII con record a lunghezza fissa, in particolare, non devono essere presenti delimitatori tra i vari campi e ogni record deve terminare con CR+LF, cioè ogni record è una riga.
I file devono avere un nome che consenta di individuare l'anno di competenza, il tipo di modello attività/prestazione e il tipo di archivio (anagrafico o sanitario).

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le prestazioni sanitarie devono sempre avere lo stesso numero di record. Questo significa che negli archivi che presentano un numero progressivo ricetta/prescrizione (farmaceutica, termale, somministrazione diretta farmaci) i record con le informazioni anagrafiche devono essere ripetuti tante volte quanti sono i record nell'archivio delle prestazioni del gruppo ricetta/prescrizione (sanitario).
Il collegamento tra i record contenuti nei due archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca ad entrambi i record.

1.1 Mobilità interregionale

Nome dei file

I nomi dei file da trasmettere alla Regione entro il 31 Marzo di ciascun anno successivo a quello di erogazione delle prestazioni, sono così composti:

1AAAAMx.DDD

dove:
1 = costante numerica
AAAA = anno di competenza
M = modello di attività/prestazione
x = 1 – archivio dati anagrafici, 2 – archivio dati prestazioni sanitarie
DDD = Azienda inviante le prestazioni erogate a residenti nelle altre Regioni italiane.

Per modello di attività/prestazione, s'intende il tipo di prestazione a cui si riferiscono i dati contenuti nel file. I codici delle attività da utilizzare sono i seguenti:
D = farmaceutica;
E = cure termali;
F = somministrazione diretta farmaci;
G = trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

Essendo previsto un unico invio il campo “Posizione contabile” deve essere sempre valorizzato=1

Modalità di trasmissione

E’ operativo, dal 1999, un canale FTP dedicato alla mobilità (le cui modalità di funzionamento sono illustrate nella lettera prot.n.30053/AGS del 22/07/1999) che deve essere utilizzato dalle Aziende per trasmettere i dati di mobilità interregionale.
I dati analitici potranno essere inviati anche in forma compressa, in questo caso la denominazione del file cambierà solo per l’estensione che sarà *.zip* o *.arj*, a seconda del sistema di compressione utilizzato.
I file dovranno essere trasmessi unitamente ad un prospetto che riporti, per ciascun settore inviato, il numero di record e l’importo totale in compensazione.

L’Assessorato effettuerà, durante i primi 15 giorni di Aprile, un pre-caricamento delle prestazioni trasmesse, restituendo alle Aziende Sanitarie i record che presentano irregolarità tali da non consentire l’invio alle altre Regioni. I file contenenti le prestazioni “scartate” (che hanno lo stesso nome dei file originari preceduto dalla lettera R) dovranno essere scaricati dalla directory “prelievo” per essere corretti, ove possibile, e ritrasmessi all’Assessorato (sempre tramite FTP), per il caricamento definitivo.
S’invitano le Aziende Sanitarie a rispettare le indicazioni fornite per quanto riguarda la denominazione dei file al fine di non generare confusione o difficoltà nell’identificazione.

1.2 Mobilità infraregionale

Nome dei file

I nomi dei file che le Aziende si devono scambiare, trimestralmente per documentare gli addebiti di mobilità infraregionale, sono così composti:

RRRTAAMx.DDD

dove:
RRR = codice Azienda a cui viene inviato l’addebito
T = numero dell’invio (es. 1 - invio relativo al primo trimestre, 2 – invio relativo al secondo trimestre + eventuali modifiche/integrazioni sul periodo precedente, ecc.)
AA = anno di competenza
M = modello di attività/prestazione
X = 1 – archivio dati anagrafici, 2 – archivio dati prestazioni sanitarie
DDD = Azienda inviante l’addebito.

Per modello di attività/prestazione, s’intende il tipo di prestazione a cui si riferiscono i dati contenuti nel file. I codici delle attività da utilizzare sono i seguenti:
C = specialistica (utilizzare tracciato ASA *circolare 3/02*)
D = farmaceutica;
E = cure termali;
F = somministrazione diretta farmaci;

Si ricorda che i codici da utilizzare nel campo “Posizione contabile” per l’invio delle prestazioni sono i seguenti:
- 1= prestazione appartenente al trimestre di competenza; 2= prestazione recuperata dal trimestre precedente; 3= prestazione inviata in ritardo per storno ad altri (in questo caso deve essere valorizzato il campo Azienda iniziale di addebito) oppure per correggere errori propri rilevati dopo l’invio (il record deve essere già presente nella base dati ricevente); 4= record da cancellare (deve essere già presente nella base dati ricevente).

I dati analitici potranno essere inviati anche in forma compressa, in questo caso la denominazione del file cambierà solo per l'estensione che sarà *.zip* o *.arj*, a seconda del sistema di compressione utilizzato.

Modalità di trasmissione

La Regione renderà disponibile, appena possibile, sul SERVER dell'Assessorato uno spazio dedicato alla mobilità infraregionale, che le Aziende Sanitarie potranno utilizzare per trasmettersi i dati analitici e i file relativi a contestazioni e controdeduzioni.
Fino all'introduzione della trasmissione via rete le Aziende Sanitarie dovranno scambiarsi i dati su supporto magnetico (floppy o CD) inviandoli a mezzo posta, con la modalità che ritengono più celere e sicura.

2 - Procedure relative al contenzioso

Le Aziende debitrici possono contestare le prestazioni addebitate entro 45 giorni dalla data di ricevimento dei dati analitici, mentre le Aziende creditrici debbono presentare le controdeduzioni entro 45 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni.

Per le degenze i 45 giorni entro cui procedere alle contestazioni decorrono dalla data di messa a disposizione del ritorno informativo trimestrale nella *Intranet* regionale.

Fino a quando non sarà operativa la trasmissione via rete le Aziende Sanitarie dovranno trasmettersi i file di dettaglio contenenti contestazioni e controdeduzioni su supporto magnetico (floppy o CD) a mezzo posta, con la modalità che ritengono più celere e sicura.

Specifiche tecniche delle contestazioni e controdeduzioni per le prestazioni di Farmaceutica territoriale e somministrazione diretta di farmaci

Contestazioni
I tracciati record relativi a farmaceutica territoriale e somministrazione diretta di farmaci sono predisposti per la gestione automatizzata delle contestazioni e delle controdeduzioni, come di seguito specificato.

Le Aziende Sanitarie dovranno trasmettersi i record contestati utilizzando i tracciati riportati in allegato che prevedono la separazione dati anagrafici e prestazioni sanitarie. I file dovranno essere accompagnati da una nota che riepiloghi gli elementi di contestazione.

I file delle contestazioni dovranno avere un nome composto da codice Azienda destinataria, costante "C", numero dell'invio cui si riferisce la contestazione, ultime due cifre dell'anno di competenza, lettera identificativa del settore oggetto di contestazione, tipo di archivio (1- dati anagrafici, 2- dati sanitari); l'estensione del nome del file dovrà essere il codice dell'Azienda inviante.
Esempio di attribuzione del nome dei file nel caso di contestazioni mosse dall'Azienda xxx all'Azienda yyy sul primo invio del 2002 del flusso "D" (farmaceutica territoriale): yyyC102D1.xxx, yyyC102D2.xxx.
I file dovranno contenere i record ritenuti errati, con il campo posizione contabile valorizzato con il carattere "5" e l'errore riscontrato, segnalato secondo le specifiche riportate nel paragrafo "lista degli errori contestabili".
Per i flussi contenenti gruppi ricetta si dovranno inviare tutti i record del gruppo, con il campo posizione contabile =5 su ogni record e l'indicazione dell'errore solo sulla riga in cui è stato individuato. A fronte di più errori sullo stesso record, non dovranno essere generati più record per ciascun errore ma dovranno essere utilizzati i campi errore a disposizione.
Si precisa che gli errori che potranno essere evidenziati sono quelli definiti nel paragrafo "lista degli errori contestabili" e che solo su questi dovranno basarsi le controdeduzioni.

Le contestazioni dovranno essere mosse senza alterare in alcun modo il contenuto dei dati originariamente inviati dalle Aziende creditrici, in caso di modifica dei dati originali l'Azienda contestata potrà rifiutare la contestazione mossa sui record o gruppi ricetta che presentano la modifica.
Fanno fede solo le contestazioni accompagnate da documentazione su record secondo le modalità di compilazione previste.Tutte le contestazioni che non contengono almeno un campo errore valorizzato diverso da zero saranno da considerare nulle (nel caso di gruppi ricetta il riferimento è all'insieme di record che compongono il gruppo).

Controdeduzioni

Le Aziende Sanitarie dovranno trasmettersi le controdeduzioni utilizzando i tracciati riportati in allegato, che prevedono la separazione dati anagrafici e prestazioni sanitarie. I file dovranno essere accompagnati da una nota che riepiloghi gli elementi di controdeduzione.
I file delle controdeduzioni dovranno avere un nome composto da codice Azienda destinataria, costante "D", numero dell'invio cui si riferisce la contestazione, ultime due cifre dell'anno di competenza, lettera identificativa del settore oggetto di contestazione, tipo di archivio (1 - dati anagrafici, 2 - dati sanitari); l'estensione del nome del file dovrà essere il codice dell'Azienda inviante.
Esempio di attribuzione del nome file nel caso di controdeduzioni inviate dall'Azienda yyy all'Azienda contestante xxx per contestazioni mosse sul primo invio del 2002 del flusso "D" (farmaceutica territoriale): xxxD102D1.yyy, xxxD102D2.yyy.
Per comunicare l'esito delle controdeduzioni si utilizzerà il campo "posizione contabile" con le seguenti codifiche:

A = i dati originariamente contenuti nel record vengono confermati;
B = i dati originariamente contenuti nel record sono stati modificati per correggere gli errori segnalati;
C = la contestazione viene accolta in quanto fondata;
3 = prestazioni addebitate a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione con posizione contabile C) solo per errore sull'individuazione della Azienda.

Questa modalità è prevista non solo a fronte di una contestazione ma anche nel caso in cui l'Azienda creditrice rilevi autonomamente di aver errata l'individuazione dell'Azienda debitrice.

L'Azienda creditrice dovrà trasmettere all'Azienda erroneamente individuata i record relativi con posizione contabile 'C' e inviare, contestualmente, all'Azienda individuata come effettiva destinataria dell'addebito, i medesimi record con posizione contabile='3'. Nei record in cui il campo posizione contabile è uguale a 3 il campo 'Regione/Azienda iniziale di addebito' dovrà essere valorizzato col codice dell'Azienda a cui era stato inviato erroneamente l'addebito; nei casi di posizione contabile A, B o C il campo 'Azienda iniziale di addebito' non deve essere valorizzato.
Il codice che sintetizza il risultato della correzione del record, dovrà essere inserito con il seguente ordine di priorità: C, B, A.
Ad esempio, se per una prestazione si verifica che l'assistito non è a carico dell'Azienda alla quale era stato addebitato inizialmente, la contestazione verrà accettata con 'C', anche se sono stati segnalati altri errori che sono stati corretti; se i dati vengono modificati a fronte degli errori segnalati va impostato il valore 'B', se i dati non vengono modificati si può impostare il valore 'A'.

Il campo posizione contabile varrà o 'A' o 'B' o 'C' o '3' su ogni record del gruppo ricetta, in modo uniforme.
Nei record con le controdeduzioni gli indicatori di errore evidenziati dall'Azienda contestante, vanno mantenuti al valore originale.
Ogni contestazione cui non segua controdeduzione, verrà considerata accolta (cioè come se la controdeduzione fosse stata inviata con posizione contabile 'C'). Tutti i record privi di posizione contabile valorizzata come sopra scritto dovranno essere considerati come implicitamente non inviati (quindi come contestazioni accettate con posizione contabile 'C' implicita).

Contestazioni e controdeduzioni per ricoveri e specialistica ambulatoriale

Per i ricoveri le Aziende Sanitarie possono contestarsi solo per motivi legati alla residenza del paziente (vedi *Allegato 1*, paragrafo "lista degli errori contestabili", tipologia d'errore *ERR01=2 "Cittadino non riconoscibile come proprio residente"*) e all'appropriatezza delle prestazioni (per tutte le tipologie attualmente previste nel già citato Allegato 8 della delibera di Giunta regionale relativa alle tariffe n°.1505/2001 ed eventuali successive modifiche).

Le Aziende Sanitarie si contesteranno trasmettendosi una nota esplicativa con allegato un file con i campi che servono per identificare la scheda più le informazioni riguardanti l'importo e i motivi di contestazione, che dovrà avere il tracciato di seguito specificato.

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUNG	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Importo Regione intero	20-27	N	8	Parte intera
Importo Regione decimale	28-29	N	2	Parte decimale
Tipo contestazione	30-30	AN	1	1= cittadino non riconoscibile come proprio residente 2= contestazione di tipo sanitario (questa tipologia di contestazione potrà essere ulteriormente dettagliata riportando nella nota esplicativa i codici utilizzati e la relativa decodifica)

Le controdeduzioni dovranno essere formulate inviando una nota esplicativa unitamente alla documentazione necessaria.
Si ricorda che fino al 15 maggio, termine previsto per l'ultimo aggiornamento della banca dati SDO, le Aziende dovranno trasmettere con il flusso SDO le modifiche anagrafiche, o di altro genere, derivanti da contestazioni risolte, in modo che l'archivio regionale centrale risulti, almeno fino a tale data, allineato con quelli aziendali.

Per la specialistica ambulatoriale le Aziende Sanitarie possono contestarsi solo per motivi legati alla residenza del paziente (vedi Allegato 1, paragrafo "lista degli errori contestabili", tipologia d'errore *ERR01=2 "Cittadino non riconoscibile come proprio residente"*).
Per quanto riguarda le contestazioni le Aziende dovranno trasmettersi i record contestati su tracciato ASA (è sufficiente l'invio della sola tabella A), accompagnati da una nota esplicativa.
Le controdeduzioni dovranno essere formulate inviando una nota esplicativa unitamente alla documentazione necessaria.

Accordi bilaterali

Terminata la fase di contestazioni e controdeduzioni le Aziende Sanitarie dovranno risolvere nel più breve tempo possibile, mediante accordi bilaterali, l'eventuale contenzioso rimasto in sospeso.

Data la maturità raggiunta dal sistema si ritiene superato il ricorso al Collegio Arbitrale, istituito con determina del direttore Generale Sanità e Servizi Sociali n. 4678 del 21 maggio 1998, per la gestione delle contestazioni irrisolte. Verranno precisate in seguito le funzioni d'intervento da parte dei Servizi regionali per l'eventuale funzione di supporto nella soluzione delle contestazioni su cui non sia stato possibile raggiungere un accordo bilaterale, in particolare sui temi dell'appropriatezza organizzativa e clinica.

Tutte le situazioni creditorie/debitorie le cui risultanze non siano state comunicate entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di erogazione delle prestazioni, che non siano quindi comprese nella tabella sintetica finale, dovranno essere regolate per cassa direttamente dalle stesse Aziende.

3 - Lista degli errori contestabili

Errori anagrafici (ERR01)

Per individuare l'utente è sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita; codice sanitario regionale. L'unica eccezione è costituita dalla farmaceutica territoriale (flusso D), in questo caso, poiché la data di nascita non è rilevata dalla ricetta, deve essere ritenuto sufficiente il solo cognome e nome.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente s'intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome, nome e data di nascita (cognome e nome per il flusso D). Per identificativo errato s'intende: codice sanitario formalmente non corretto, codice fiscale formalmente non corretto, cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche, data di nascita formalmente scorretta. Il cognome deve sempre essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

Questo errore riveste particolare importanza, perché costituisce la voce di contestazione più frequente. Si ritiene quindi necessario dare alle Aziende alcune indicazioni su come effettuare le ricerche, in modo da non incrementare inutilmente il contenzioso e garantire una metodologia uniforme di controllo.

In linea di principio l'unico controllo che potrebbe garantire ad un'Azienda che un cittadino, per cui ha ricevuto un addebito di mobilità, non rientra tra i suoi assistiti é la verifica presso tutti i comuni che insistono sul suo ambito territoriale. Tale verifica sarebbe però eccessivamente costosa ed in ogni caso comporterebbe, per essere gestita, carichi di lavoro ed un dispendio di tempo assolutamente non giustificabile. Per questa ragione, si stabilisce che gli strumenti da utilizzare per accertare la residenza degli assistiti sono, in ordine di preferenza: le anagrafi sanitarie Aziendali e l'anagrafe tributaria.

Per effettuare una ricerca corretta, inoltre, è necessario utilizzare tutti gli identificativi formalmente corretti presenti nel record e, soltanto se si verifica la contemporanea assenza dall'anagrafe di tutti gli identificativi presenti si può procedere alla contestazione. Ad esempio, se in un record sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato un'ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, si stabilisce che la residenza non deve essere riferita alla data d'erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza della prestazione. Questo significa che chi riceve l'addebito deve effettuare una ricerca sull'intero anno di riferimento e può contestare solo se l'assistito non è presente in anagrafe in nessun momento compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre; se, al contrario, l'assistito è presente, anche per un arco temporale limitato, deve accettare l'addebito.

Errori sulla residenza (ERR02)

Un elenco aggiornato dei codici ISTAT di tutti i comuni italiani è contenuto nel file TCOMNOS disponibile sul sito internet della SDO al seguente indirizzo: www.regione.emilia-romagna.t/sas/nosologiche/index.htm.

1= Codice Comune/(Provincia per il flusso D) di residenza mancante o errato
Il codice Comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.
Questa regola vale per tutti i settori oggetto di compensazione, ad eccezione della farmaceutica territoriale (flusso D), in questo caso, poiché la ricetta non rileva il Comune di residenza ma solo la Provincia il dato minimo obbligatorio è costituito dal codice della Provincia. Devono essere valorizzati i primi tre caratteri del campo Comune di residenza ed impostati a zero i rimanenti 3 caratteri del campo stesso.

2= Comune/(Provincia per il flusso D) di residenza non appartenente alla Regione/Azienda che riceve l'addebito
Il codice Comune/(Provincia per il flusso D) di residenza è di un Comune/Provincia che non appartiene alla Regione/Azienda che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

Per i flussi E e G si verifica errore nei seguenti casi:
1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio
2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

Per i flussi D ed F si verifica errore nei seguenti casi:
1= Codice farmaco non valorizzato o non esistente su tabella relativa

Per il flusso D il codice indicato deve essere un codice del MINSAN10, composto da 9 caratteri allineati a sinistra, oppure sono ammessi i codici:
111111112= galenici OSSIGENO LIQUIDO;
111111113= galenici OSSIGENO GAS.

Per il flusso F il codice indicato deve essere un codice del MINSAN10, composto da 9 caratteri allineati a sinistra oppure sono ammessi i codici:
111111112= galenici OSSIGENO LIQUIDO;
111111113= galenici OSSIGENO GAS;
IPO = preparati iposensibilizzanti;
GAL = preparati galenici.
In caso di farmaci non ancora registrati in Italia si utilizzano i primi dieci caratteri del principio attivo.

Errore 04 (ERR04)
Mantenuto per eventuali usi futuri.

Questa tipologia di errore deve essere sempre valorizzata a zero.

Errore 05 (ERR05)

Per i flussi con separazione degli archivi in anagrafico e sanitario (flussi D, E, F) i codici che individuavano *errori sulla chiave* (err05=1 Record privo di chiave e err05=2 Record doppio) sono stati eliminati perché gli errori di chiave rendono impossibile il trattamento informatico dei dati.
Più precisamente, nel caso in cui:

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;

è necessario che l'Azienda che riceve i dati chieda all'Azienda/struttura inviante di ritrasmettere i file corretti nel più breve tempo possibile.
Per i flussi D, E, F, il campo ERR05 deve quindi essere utilizzato per segnalare:
3= Mancanza righe di dettaglio 'zn' (da segnalare sulla riga '99');
4= Mancanza riga Totale (riga 99) (da segnalare su tutte le righe 'zn').

Per i il flusso G il campo ERR05 segnala:
1= Record privo di chiave (Se uno dei campi componenti la chiave è non valorizzato)
2= Record doppio (quando un record ha la chiave duplicata)

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda i campi Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni, comuni a tutti i tracciati:

- a partire dal 2002 gli importi dovranno essere espressi in EURO;
- per evitare problemi legati al carattere di separazione decimale tutti gli importi sono suddivisi in due campi: il primo relativo alla parte intera ed il secondo ai due decimali;
- se il campo "Importo totale" della riga 99 è negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione/Azienda ricevente;
- se il campo "Importo totale" è uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

Per i flussi D, E, F, si verifica errore nei seguenti casi:
1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico;
2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico (da segnalare solo su riga 99);
3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico (da segnalare solo su riga 99);
4= Valore di 'Importo totale' della riga '99' superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da '99' meno l'importo Ticket della riga '99' (da segnalare solo su riga 99).

Per quanto riguarda il flusso D (farmaceutica) si ricorda che dal 1° gennaio 2001 il ticket è stato abolito e quindi il campo importo ticket dovrebbe figurare uguale a zero. Da settembre 2001 sono stati introdotti i farmaci generici, che possono essere acquistati in sostituzione di altri più costosi, si stabilisce quindi che, a partire dall'attività del 2001, l'importo ticket contenga la differenza tra il costo del farmaco acquistato e quello del generico corrispondente, cioè la quota a carico del cittadino. Nel caso in cui questa quota non sia presente, l'importo ticket dovrà essere compilato con tutti zeri. Si stabilisce, inoltre, di mantenere il campo "posizione ticket" per usi futuri, anche se, per ora, non dovrà essere compilato.

Per il flusso G si verifica errore nei seguenti casi:
1= Importo totale non valorizzato come numerico;
2= Importo ticket non valorizzato come numerico;

3= Importo totale non valorizzato come numerico e importo ticket non valorizzato come numerico.

Errori sulla quantità (ERR07)

Per i flussi D, E, F, G, si verifica errore nei seguenti casi
1= Quantità non valorizzata o non numerica.
Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn, tranne per il flusso G per il quale non sono più previste righe di dettaglio.

Errori sulla data della prestazione (ERR08)

Per i flussi D, E, F, la data della prestazione è la data di effettuazione della prestazione (di erogazione del farmaco (D, F), di termine cura (E) o, in caso di cicli, la data di chiusura ciclo). Per questi flussi si verifica errore nel seguente caso:
1= Data prestazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza, da segnalare sulla riga zn.
Per il flusso G la data della prestazione è la data di effettuazione della prestazione; per questo flusso si verifica errore nel seguente caso:
1= Data prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza.

Errore 09 (ERR09)

Mantenuto per eventuali usi futuri.
Questa tipologia di errore deve essere sempre valorizzata a zero.

Errori sulla Regione/Azienda iniziale di addebito (ERR10)

1= Codice Regione/Azienda iniziale assente o errato in caso posizione contabile =3

4 - Tracciati record

Grado di obbligatorietà delle informazioni

Nei tracciati record è presente la colonna con il codice di obbligatorietà del campo che è così definito:

IDENTIFICATIVO UTENTE - codice OIU
E' obbligatorio almeno un identificativo dell'utente; gli identificativi validi, in ordine di preferenza sono:
1) Codice fiscale;
2) Cognome, nome e data di nascita (per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge deve essere indicata la dicitura in lettere maiuscole “ANONIMO” sia nel cognome che nel nome);
3) Codice sanitario regionale.
Questi campi sono generalmente accompagnati dalla indicazione ‘V’ a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

OBBLIGATORIO - codice OBB
Sono i campi che devono necessariamente essere compilati; quelli con indicato anche ‘V’ sono quelli che rientrano nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto e il dato è stato rilevato, ma che possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri se numerici) in assenza dell'evento o di rilevazione del dato. Nel caso in cui un campo così definito abbia indicato anche 'V', se valorizzato rientra nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

FACOLTATIVO - codice FAC
Sono i campi che possono anche non essere riempiti ma i cui dati sono spesso rilevabili dai sistemi informativi locali e presentano specifico interesse informativo. La loro compilazione, pertanto, viene considerata un debito informativo, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

I campi con tracciato alfanumerico (AN), vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere "spazio". I campi con tracciato numerico (N), vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere "zero". I campi data sono sempre del tipo GGMMAAAA; se mancanti devono essere valorizzati con spazio.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.
Per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 (legge sulla privacy) e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:
File D1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.
File D2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.
Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:
codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.
L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Tracciato record File "D"
FARMACEUTICA

FILE D1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	FAC
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscole	OIU V
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscole	OIU V
79-94	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95-110	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	FAC
120-125	Provincia o Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT della Provincia o del Comune di residenza. Per la Provincia valorizzare i primi tre caratteri con il codice ISTAT ed i restanti tre con "000"	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V

FILE D2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	FAC
13-28	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta)	OBB

29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
31-38	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
39-48	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco distribuito (MINSAN10, 9 caratteri allineati a sinistra oppure sono ammessi i codici 111111112= galenici OSSIGENO LIQUIDO; 1111111113= galenici OSSIGENO GAS)	OBB V
49-51	Quantità	N	3	Numero pezzi specialità Se codice specialità =OSSIGENO, impostare a 1	OBB V
52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	*Da non compilarsi*	OBB
54-58	Importo ticket:parte intera	N	5	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
59-60	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
61-66	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
67-68	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
69	Posizione contabile	AN	1	Sul file con cui si trasmettono alla Regione i dati di mobilità interregionale valorizzare =1 Per la mobilità infraregionale i codici da utilizzare sono i seguenti: ▪ per l'invio delle prestazioni: 1= prestazione appartenente al trimestre di competenza; 2= prestazione recuperata dal trimestre precedente; 3= prestazione inviata in ritardo per storno ad altri (in questo caso deve essere valorizzato il campo Azienda iniziale di addebito) oppure per correggere errori propri rilevati dopo l'invio (il record deve essere già presente nella base dati ricevente); 4= record da cancellare (deve essere già presente nella base dati ricevente). ▪ per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione dell'Azienda di residenza; 3= si tratta di prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione con posizione contabile C) <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Azienda. Con posizione contabile =3 andrà valorizzato il campo 'Regione/Azienda iniziale di addebito'. Un record con posizione contabile 3 può essere inviato, infatti, solo a fronte dell'invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' all'Azienda che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
70	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
71	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a regione/azienda che riceve l'addebito	
72	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 o non rientrante tra le altre codifiche ammesse)	
73	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
74	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga z*n* senza riga 99	

75	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico. I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99'	
76	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe z*n*)	
77	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn*	
78	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
79	ERR10 Errore sulle regione/azienda iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice regione/azienda assente o errato	
80-99	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V
100-102	regione/azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la regione/azienda alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.='3'

ATTIVITA' CURE TERMALI (FLUSSO E)

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.
Per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 (legge sulla privacy) e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:
File E1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.
File E2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.
Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:
codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.
L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Tracciato record File "E"
CURE TERMALI

FILE E1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice STS.11	FAC
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
79-94	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V

FILE E2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice STS.11	FAC
13-17	Diagnosi	AN	5	Codifica ICD-9	FAC
18-33	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta)	FAC

34-35	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore" e "Codice Prestazione". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
36-43	Data termine cura	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
44	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
45-51	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale; per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste in apposito documento	OBB V
52-54	Quantità	N	3	Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo	OBB V
55-56	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	OBB
57-61	Importo ticket: parte intera	N	5	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
62-63	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
64-69	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
70-71	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
72	Posizione contabile	AN	1	Sul file con cui si trasmettono alla Regione i dati di mobilità interregionale valorizzare =1 Per la mobilità infraregionale i codici da utilizzare sono i seguenti: ▪ per l'invio delle prestazioni: 1= prestazione appartenente al trimestre di competenza; 2= prestazione recuperata dal trimestre precedente; 3= prestazione inviata in ritardo per storno ad altri (in questo caso deve essere valorizzato il campo Azienda iniziale di addebito) oppure per correggere errori propri rilevati dopo l'invio (il record deve essere già presente nella base dati ricevente); 4= record da cancellare (deve essere già presente nella base dati ricevente). ▪ per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione dell'Azienda di residenza; 3= si tratta di prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione con posizione contabile C) <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Azienda. Con posizione contabile =3 andrà valorizzato il campo 'Regione/Azienda iniziale di addebito'. Un record con posizione contabile 3 può essere inviato, infatti, solo a fronte dell'invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' all'Azienda che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente alla regione/azienda che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe *zn*)	
76	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga z*n* senza riga 99	

78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico. I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99'	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe z*n*)	
80	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn*	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Errore sulle regione/azienda iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice regione/azienda assente o errato	
83-102	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V
103-105	regione/azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la regione/azienda alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.='3'

FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F)

Le tipologie di farmaci **oggetto di mobilità interregionale e infraregionale**, **per le quali deve essere utilizzato il file F** sono quelle di seguito elencate:

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

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

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

Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale: con decreto del Ministero della Salute 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del S.S.N. e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 dell'1 aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato. Pertanto è soggetta a compensazione della mobilità 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 Salute del 5 novembre 1996, riportati nella tabella seguente:

Prodotti previsti dal D.M. del 5 novembre 1996

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

Per quanto riguarda la **mobilità infraregionale** il "Piano sangue e plasma 1998/2000" regionale (nota prot. 52935/DIR del 31/12/1998 prevede che, per questi prodotti, **"la fatturazione, in attesa di diverse disposizioni nazionali e/o regionali, è effettuata direttamente all'Azienda USL di residenza dell'interessato e quindi non è compresa nella compensazione**; tale fatturazione comprende anche le prove di compatibilità, da addebitarsi secondo la delibera di Giunta Regionale n.410/97".

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 nell'Allegato 2 del decreto 22 dicembre 2000del Ministero della Sanità (ex nota n. 37 C.U.F) e nella nota n.58 C.U.F. (ossigeno liquido e gassoso) di cui al provvedimento C.U.F. 7 agosto 1998 pubblicato nella G. U. n° 239 del 13.10.98.

Medicinali antiblastici: farmaci previsti al comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n° 448, per il solo utilizzo domiciliare.

Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici:

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 costituito dal costo effettivamente sostenuto dall'Azienda sanitaria erogante e, comunque, non può essere superiore al 50% del prezzo di listino.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.
Per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 (legge sulla privacy) e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:
File F1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.
File F2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.
Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:
codice ASL/Azienda + presidio erogatore + ID + progressivo riga.
L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Tracciato record File "F"
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI
FILE F1 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario dell'utente	OIU V
97-112	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122-127	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-132	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
133-152	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V

FILE F2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15-30	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) Se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro.	FAC
31-32	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
33-40	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
41-50	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco ((MINSAN10, 9 caratteri allineati a sinistra oppure sono ammessi i codici 111111112= galenici OSSIGENO LIQUIDO; 1111111113= galenici OSSIGENO GAS; IPO= preparati iposensibilizzanti; GAL= preparati galenici).	OBB V
51-53	Quantità	N	3	Numero pezzi specialità Se codice specialità =OSSIGENO, impostare a 1	OBB V
54-55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	*Da non compilarsi*	OBB
56-60	Importo ticket: parte intera	N	5	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
61-62	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
63-68	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
69-70	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
71	Posizione contabile	AN	1	Sul file con cui si trasmettono alla Regione i dati di mobilità interregionale valorizzare =1 Per la mobilità infraregionale i codici da utilizzare sono i seguenti: ▪ per l'invio delle prestazioni: 1= prestazione appartenente al trimestre di competenza; 2= prestazione recuperata dal trimestre precedente; 3= prestazione inviata in ritardo per storno ad altri (in questo caso deve essere valorizzato il campo Azienda iniziale di addebito) oppure per correggere errori propri rilevati dopo l'invio (il record deve essere già presente nella base dati ricevente); 4= record da cancellare (deve essere già presente nella base dati ricevente). ▪ per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione dell'Azienda di residenza; 3= si tratta di prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione con posizione contabile C) <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Azienda. Con posizione contabile =3 andrà valorizzato il campo 'Regione/Azienda iniziale di addebito'. Un record con posizione contabile 3 può essere inviato, infatti, solo a fronte dell'invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' all'Azienda che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
72	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
73	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente alla regione/azienda che riceve l'addebito	
74	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 o non rientrante tra le altre codifiche ammesse)	

75	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
76	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga z*n* senza riga 99	
77	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99'	
78	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe z*n*)	
79	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn*	
80	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
81	ERR10 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice 'regione/azienda iniziale assente o errato	
82-101	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V
102-104	regione/azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la 'regione/azienda iniziale alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.='3'

TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO (FLUSSO G)

Il tracciato allegato deve essere utilizzato per trasmettere all'Assessorato i trasporti in ambulanza non seguiti da ricovero e quelli effettuati tramite elisoccorso a cittadini residenti nelle altre regioni italiane.
La struttura di questo file è stata semplificata, eliminando le righe di dettaglio. Con il nuovo tracciato, se il trasporto di un assistito ha coinvolto l'utilizzo di più mezzi in successione, si dovranno produrre tanti record quanti sono stati i mezzi utilizzati.
La chiave univoca è costituita da:
codice ASL/Azienda + ID.

Tracciato record File "G"
TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' Azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Codice struttura erogatrice	AN	8	Codice regionale struttura erogatrice	FAC
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
97-112	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122-127	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-146	Numero registro	AN	16	Numero scheda di attestazione della centrale operativa 118 che ha disposto l'invio dell'elisoccorso	FAC
147-148	Campo vuoto	AN	2	Filler	FAC
149-156	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	OBB V
157	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
158-164	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBB V
165-167	Quantità	N	3	1 di default.	OBB V
168-169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta.	OBB
170-174	Importo ticket: parte intera	N	5	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
175-176	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
177-182	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
183-184	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
185	Posizione contabile	AN	1	▪ Per la mobilità interregionale valorizzare =1	OBB
186	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
187	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione/azienda che riceve l'addebito	
00188	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio	
189	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
190	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	
191	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo totale non valorizzato come numerico. 2 = Importo Ticket non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale ed importo ticket non valorizzati come numerici	

192	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico	
193	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza	
194	ERR09 Riservato usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
195	ERR10 Errore sulle regione/azienda iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice regione/azienda assente o errato	
196-215	ID	AN	20	Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave	OBB V
216-218	regione/azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la regione/azienda alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.='3'