

L'Assessore

Bologna, 14 Giugno 1999

Prot. n. 25257 /SAS
GV

CIRCOLARE N.9

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

Al Commissario Straordinario
Al Direttore Amministrativo
Al Direttore Sanitario
degli Istituti Ortopedici Rizzoli

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 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

Agli Assessori alla Sanità
delle Regioni e Province Autonome

Al Servizio Centrale per la
Programmazione Sanitaria
del Ministero della Sanità

L O R O S E D I

Oggetto : Regolamentazione economico-finanziaria della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale. Anno 1999.

Si trasmette la circolare recante :

“Regolamentazione economico-finanziaria della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale. Anno 1999”, atta a definire le prestazioni da assoggettare a compensazione, la tipologia e le caratteristiche dei flussi informativi, i tracciati record standardizzati delle informazioni da trasmettere su supporto magnetico, nonché a stabilire i tempi di trasmissione dei dati e le modalità di gestione delle contestazioni dei flussi.

Si precisa che per la mobilità **interregionale**, alla luce del documento tecnico recentemente approvato dal Coordinamento Nazionale degli Assessori alla Sanità delle Regioni, si sono apportate modifiche ed integrazioni alle precedenti disposizioni contenute nelle precedenti circolari regionali n.28 del 15 luglio 1994, n. 2 del 12 gennaio 1996 e n. 9 del 22 aprile 1997.

Si evidenzia, inoltre, che i tracciati record stabiliti a livello nazionale e riportati nella sezione C della presente circolare, vanno adottati anche per la mobilità infraregionale, onde evitare duplicazioni di sistemi di rilevazione, ad eccezione del settore degenze, per il quale il flusso della mobilità è unificato a quello della Scheda di Dimissione Ospedaliera e del settore Medicina di Base, i cui dati sono estratti dall'Archivio regionale degli assistiti.

Pertanto, per i ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche e private, l'unico tracciato record da utilizzare è quello previsto nella circolare regionale n. 2 del 9/2/1998 e successive modifiche ed integrazioni alla stessa, di cui alla nota Prot.n. 8661/AGS del 6/3/98, la cui validità per il 1999 è confermata con nota Prot. 5819/AGS dell'8/2/98.

Per la mobilità **infraregionale** si specifica che per il corrente anno 1999 sono ancora in atto il sistema di compensazione, le procedure di addebito delle prestazioni e di scambio delle informazioni tra Aziende di cui alla circolare regionale n. 9 del 22 aprile 1997, come puntualizzato nella presente circolare. Non viene inoltre modificata la frequenza trimestrale di trasmissione delle informazioni e delle relative note di addebito tra le Aziende sanitarie pubbliche e tra queste e l'Agenzia Sanitaria Regionale.

Con la presente circolare vengono inoltre aggiornate e precisate le modalità di gestione delle contestazioni fra le Aziende sanitarie, sulla base delle indicazioni fornite, in particolare per la regolamentazione dell'attività di controllo del settore delle “degenze”, dal gruppo di lavoro regionale “Controlli SDO- Mobilità sanitaria”, istituito con determinazione della Direzione Generale della Sanità e Servizi Sociali n. 4678 del 21 maggio 1998.

In generale, la circolare in argomento riunifica tutte le indicazioni sulla regolamentazione della compensazione sia interregionale che infraregionale via via diffuse alle Aziende sanitarie, successivamente alla circolare regionale n. 9 del 22 aprile 1997, ad integrazione o in risposta a specifici quesiti formulati dalle stesse Aziende riguardo ad aspetti non sufficientemente approfonditi o a problemi incontrati nell'applicazione delle regole stabilite con la precedente circolare.

Si invitano le SS.LL. alla puntuale applicazione delle norme contenute nell'allegato documento tecnico, parte integrante della presente circolare, nonché al puntuale invio dei dati nel rispetto delle scadenze indicate.

Si riportano, di seguito, i nominativi dei Referenti regionali per la mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale presso l'Agenzia Sanitaria Regionale :

- Dott. Cesare Borghi - Tel. 051/28.39.49

per gli aspetti informatici relativi alla gestione del sistema ;

- Dott.ssa Gioia Virgilio - Tel. 051/28.32.39 - Responsabile del settore mobilità sanitaria

- Dott.ssa Silvia Facchini - Tel. 051/28.32.30

- Dott.ssa Sonia Pirelli - Tel. 051/28.32.30

per gli aspetti relativi alla gestione dei flussi informativi ed all'analisi dei dati.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
Giovanni Bissoni

**REGOLAMENTAZIONE ECONOMICO - FINANZIARIA DELLA MOBILITÀ SANITARIA
INTERREGIONALE ED INFRAREGIONALE
Anno 1999**

INDICE

Introduzione	pag. 7
A) MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE	pag. 10
A.1. Le prestazioni oggetto di compensazione	pag. 10
A.2. I flussi informativi	pag. 11
A.3. La frequenza	pag. 11
A.4. Le contestazioni	pag. 12
A.5. Procedure per le contestazioni sulla mobilità attiva	pag. 12
A.6. Specificazioni su alcuni settori oggetto di compensazione	pag. 12
A.6.1. Ricoveri ospedalieri	pag. 12
A.6.1.1. Ricoveri in case di cura private accreditate	pag. 13
A.6.2. Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso strutture private accreditate	pag. 13
A.6.3. Attività di prelievo e trapianto d'organo	pag. 14
A.6.4. Farmaci a somministrazione diretta	pag. 15
A.6.5. Prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale	pag. 16
A.6.6. Medicina di Base (Assistenza medico generica e pediatrica di base)	pag. 16
A.6.7. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	pag. 16
A.7. Modalità di trasmissione dati e tracciati record	pag. 17
A.7.1. Caratteristiche del supporto magnetico	pag. 17
A.7.2. Caratteristiche dei file dati	pag. 17
A.7.3. Tracciati record	pag. 18
B) MOBILITÀ SANITARIA INFRAREGIONALE	pag. 19
B.1. Prestazioni oggetto di scambio tra Aziende sanitarie pubbliche	pag. 19
B.2. Prestazioni non soggette a compensazione	pag. 19
B.3. Note riepilogative delle prestazioni rese	pag. 20
B.4. Procedure per le contestazioni	pag. 21
B.4.1. Regolamentazione delle contestazioni	pag. 24
B.4.2. Regolamentazione dell'attività di controllo e delle contestazioni relative all'attività di degenza	pag. 24
B.5. Modello "E" di riepilogo dei contratti di fornitura di prestazioni	

sanitarie	pag. 27
B.6. Modalità di trasmissione dei dati e tracciati record	pag. 27
B.7. Specifiche tecniche	pag. 28
B.7.1. Ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche e private	
Accreditate	pag. 28
B.7.2. Ricoveri presso case di cura private accreditate	pag. 28
B.7.3. Attività di prelievo e trapianto d'organo	pag. 29
B.7.4. Ricoveri in strutture (pubbliche e convenzionate)	
a valenza sanitaria e/o sociale	pag. 31
B.7.5. Prestazioni specialistiche ambulatoriali	pag. 32
B.7.6. Prestazioni erogate con libero accesso dell'utente	pag. 33
B.7.7. Prestazioni rese a ricoverati da strutture diverse da quelle	
di ricovero del paziente	pag. 33
B.7.8. Prestazioni connesse al pre-ricovero	pag. 33
B.7.9. Prima visita post-dimissione	pag. 34
B.7.10. Prestazioni dialitiche e diagnostico-strumentali ad	
esse connesse	pag. 34
B.7.11. Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	pag. 35
B.7.12. Farmaceutica	pag. 35
B.7.13 Somministrazione diretta di farmaci	pag. 35
B.7.14. Medicina di base	pag. 36
B.7.15. Prestazioni termali	pag. 36
B.7.16 Prestazioni erogate a seguito di infortuni sul lavoro	pag. 36
B.7.17. Prestazioni erogate a detenuti	pag. 37
B.7.18. Prestazioni erogate ai militari di leva ed agli	
obiettori di coscienza	pag. 37
B.7.19. Prestazioni erogate a stranieri domiciliati ed iscritti	
al Servizio Sanitario Regionale	pag. 38
B.7.20. Azioni di rivalsa nei casi di responsabilità civile da parte	
di terzi in seguito a ricovero dell'infortunato fuori	
dall'ambito territoriale di residenza	pag. 38
B.7.21. Prestazioni di elisoccorso e di trasporto con ambulanza	pag. 39
Allegato n. 1 - Modello "A" di trasmissione delle informazioni delle prestazioni rese dalle strutture pubbliche	pag. 40
Allegato n. 2 - Modello "A/BIS" di trasmissione delle informazioni delle prestazioni rese dagli stabilimenti termali	pag. 41
Allegato n. 3 - Modello "B" di riepilogo conoscitivo delle motivazioni di contestazione	pag.42

Allegato n. 4 - Modello “C” di richiesta di attivazione della Commissione di arbitrato regionale	pag. 43
Allegato n. 5 - Modello “D” per azioni di rivalsa nei casi di responsabilità civile da parte di terzi	pag. 44
Allegato n.6 - Modello “E” di riepilogo dei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie stipulati fra le Aziende sanitarie pubbliche	pag. 45
C) TRACCIATI RECORD E LISTA DEGLI ERRORI CONTESTABILI PER LA MOBILITA' INFRA ED INTERREGIONALE	pag. 46
D) SPECIFICAZIONI SU ALCUNE PRESTAZIONI E SUI CONTROLLI INTERNI NELLE AZIENDE PER IL SETTORE DEGENZE	pag. 69
Appendice : Scadenziario della mobilità interregionale ed infraregionale	pag. 77

INTRODUZIONE

L'esperienza acquisita nella gestione della mobilità sanitaria interregionale per il 1996, 1997 e 1998 ha evidenziato la necessità di ulteriori precisazioni ed approfondimenti sulle modalità di gestione dei dati utili per la compensazione finanziaria e, in particolare, delle contestazioni.

A tal fine, un gruppo di lavoro costituito dai funzionari delle Regioni italiane ha prodotto, in accordo con il Ministero della Sanità, un documento tecnico di aggiornamento, sottoposto all'approvazione degli Assessori regionali, con l'obiettivo di perfezionare il sistema di

compensazione. In primo luogo occorre definire una precisa tempistica entro cui arrivare alla composizione delle vertenze e specifiche modalità per la loro gestione. L'esigenza di fissare delle scadenze a cui tutte le Regioni debbono attenersi, consente, infatti, di dare certezza sui valori da prendere come riferimento per le operazioni di compensazione finanziaria. In secondo luogo, è stata evidenziata la necessità di gestire in modo automatizzato le voci oggetto di contestazione, con riferimento a tutti i settori di mobilità, per semplificare e rendere il più possibile trasparente il procedimento di verifica degli addebiti.

Sono state individuate le seguenti problematiche, le cui soluzioni innovative costituiscono integrazioni delle precedenti note ministeriali 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344 spec. del 28 gennaio 1997:

- 1) Revisione delle disposizioni sull'invio dei record annuale
- 2) Procedure e scadenze per la composizione delle vertenze
- 3) Modifiche ai tracciati record
- 4) Lista degli errori contestabili
- 5) Attività di prelievo d'organo e trapianto
- 6) Farmaci a somministrazione diretta.

Il presente documento tecnico è articolato in quattro sezioni.

Nella prima sezione A si regola la mobilità interregionale alla luce delle soluzioni adottate dal suddetto gruppo di lavoro dei funzionari delle Regioni, in particolare, in riferimento alle prestazioni oggetto di compensazione, alla frequenza dei flussi informativi ed alle contestazioni. Per alcuni settori si precisa, altresì, le modalità di identificazione e di valorizzazione dei casi.

Nella seconda sezione B si regola la mobilità infraregionale, attraverso la definizione delle prestazioni oggetto di scambio tra Aziende sanitarie pubbliche e attraverso la descrizione dei 6 Modelli in Allegato, riepilogativi per la trasmissione, rispettivamente, delle informazioni, delle contestazioni, dei contratti di fornitura di prestazioni e per le azioni di rivalsa nei casi di responsabilità civile da parte di terzi. In tale sezione si forniscono, inoltre, le specifiche tecniche sul contenzioso, in particolare relativo all'attività di degenza, e riguardo a 21 tipologie di prestazioni da assoggettare o meno a compensazione.

Nella terza sezione C si riportano i tracciati record da adottare per la mobilità sia interregionale che infraregionale e la lista dei 10 errori contestabili.

Nella quarta sezione D sono incluse le specificazioni su alcune prestazioni, relativamente alla mobilità interregionale ed infraregionale, che sono state oggetto di richiesta di chiarimenti da parte delle Aziende sanitarie, nonché le modalità dei controlli interni nelle Aziende per il settore degenze.

L' Appendice, infine, comprende uno "scadenziario" che esplicita con due schemi i termini fissati per soddisfare il debito informativo delle Aziende sanitarie nei confronti dell'Agenzia Sanitaria Regionale per la mobilità sia interregionale che infraregionale.

Riguardo alla **mobilità interregionale** si sottolinea che, diversamente dal documento approvato a livello nazionale, che prevede un invio dei record annuale, l'Emilia-Romagna dispone con la presente circolare, a conferma delle precedenti disposizioni, che l'invio dei dati da parte delle Aziende sanitarie per la mobilità sia interregionale attiva che infraregionale avvenga trimestralmente, al fine di favorire un corretto monitoraggio della spesa ed una tempestiva registrazione nei bilanci aziendali, nonché per consentire la tempestiva correzione degli eventuali errori.

Si fa inoltre presente che, a livello di coordinamento interregionale, è scaturita la necessità della determinazione di un'apposita tariffa per le prestazioni ospedaliere oggetto di mobilità interregionale da valere su tutto il territorio nazionale e da identificare convenzionalmente con quella prevista dal D.M. 30 giugno 1997, salvo diversa indicazione ministeriale.

Provvisoriamente le tariffe per i ricoveri oggetto di mobilità interregionale sono fissate pari a quelle individuate dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 1159/98, con riserva di rideterminazione delle tariffe stesse sulla base delle indicazioni che saranno emanate dal competente ministero.

Riguardo alla **mobilità infraregionale** si ribadisce quanto già affermato nella precedente circolare, che, cioè, obiettivo della Regione è la progressiva unificazione degli attuali flussi di rilevazione delle prestazioni erogate progettati per soddisfare sia esigenze di compensazione finanziaria che di valutazione delle attività. Per i principali settori (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica e medicina di base) si intende arrivare gradualmente a dedurre le informazioni utili per la compensazione della mobilità sanitaria estraendole da specifici archivi regionali.

In particolare, per l'anno 1999, riguardo al **settore delle degenze**, rimane in vigore, per i cittadini residenti in altre Aziende sanitarie ed in altre Regioni, un unico sistema di rilevazione, stabilito con circolare regionale n.2 del 9/2/98 e successive modifiche ed integrazioni, che utilizza la scheda nosologica individuale come strumento informativo di base.

Si ritiene pertanto opportuno adottare, anche per la mobilità sanitaria infraregionale, gli stessi tracciati record per la rilevazione e lo scambio dei dati individuati con il documento tecnico interregionale, onde evitare una duplicazione di sistemi di rilevazione.

In considerazione dell'esperienza maturata nei primi anni di sperimentazione del sistema di compensazione della mobilità infraregionale, le Aziende sanitarie pubbliche e gli stabilimenti termali dovranno inviare all' Agenzia Sanitaria Regionale le note riepilogative di addebito su supporto cartaceo, con gli importi effettivamente fatturati, tenuto conto, quindi, degli eventuali accordi intercorsi tra le Aziende stesse.

Si precisa, inoltre, relativamente alla mobilità infraregionale del **settore "degenze"**, che, a seguito dell'attività svolta dal gruppo di lavoro regionale "Controlli Scheda Nosologica Ospedaliera - Mobilità sanitaria", sono state introdotte regole ed ulteriori tipologie di contestazioni, non limitate solo ad errori formali, ma connesse ai temi dell'appropriatezza dei ricoveri e della corretta compilazione della Scheda Nosologica.

Infine, riguardo alla **regolazione finanziaria** per mobilità, si specificano le seguenti modalità :

a) Mobilità interregionale

Annualmente in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale viene attribuito alla Regione un acconto per mobilità interregionale, determinato sulla base del saldo di mobilità registrato negli anni precedenti (con riferimento agli ultimi dati disponibili).

Gli acconti mensili di cassa trasferiti alle Aziende terranno corrispondentemente conto dei rapporti di debito e credito delle stesse per mobilità interregionale (saldo attivo o passivo del medesimo anno di riferimento). Di conseguenza, la regolazione finanziaria definitiva degli scambi intervenuti nell'esercizio avverrà in occasione dell'erogazione del saldo effettivo da parte del Ministero del Tesoro.

b) Mobilità infraregionale

Per il 1999, a cadenza mensile e a titolo di acconto, viene effettuata la compensazione finanziaria della mobilità infraregionale, sulla base dei rapporti di scambio registrati tra le Aziende nell'esercizio precedente, aggiornati con riferimento agli accordi di fornitura sottoscritti dalle Aziende stesse per l'esercizio in corso.

A) MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE

Al fine di addivenire alla corretta compensazione della mobilità sanitaria interregionale, il documento tecnico recentemente approvato dal Coordinamento Nazionale degli Assessori alla Sanità delle Regioni ha fornito indicazioni per la regolazione di tale istituto.

Si ritiene pertanto necessario, alla luce di tale documento, modificare ed integrare le precedenti disposizioni contenute nelle circolari regionali n. 28 del 15 luglio 1994, n. 2 del 12 gennaio 1996 e n. 9 del 22 aprile 1997.

In particolare, nella presente sezione vengono ridefinite le prestazioni da assoggettare a compensazione, la tipologia e le caratteristiche dei flussi informativi, vengono stabiliti i tempi di trasmissione e le procedure di contestazione dei flussi, come di seguito specificato. Sono, infine, fornite precisazioni su alcuni settori oggetto di compensazione.

A.1. Le prestazioni oggetto di compensazione

Sono soggette a compensazione interregionale le seguenti prestazioni:

- 1) Ricoveri ordinari per acuti in strutture sanitarie pubbliche e private;
- 2) Ricoveri per day surgery o day hospital;
- 3) Ricoveri di riabilitazione o lungodegenza;
- 4) Prestazioni specialistiche e di diagnostica ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso, se non seguite da ricovero;
- 5) Attività di prelievo d'organo e trapianto ;
- 6) Prestazioni farmaceutiche ;
- 7) Attività di somministrazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere;
- 8) Assistenza medica di base (Assistenza medico-generica e pediatrica di base) ;
- 9) Prestazioni termali;
- 10) Prestazioni di elisoccorso e prestazioni di trasporto con ambulanza se non seguite da ricovero ;
- 11) Prestazioni erogate a detenuti, militari di leva ed obiettori di coscienza ;
- 12) Prestazioni erogate a stranieri domiciliati ed iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Sono pertanto **escluse dalla compensazione** :

- le prestazioni di guardia turistica, i cui oneri sono assunti dalle Aziende sanitarie erogatrici ;
- le prestazioni seguenti, i cui oneri andranno direttamente addebitati dal fornitore accreditato e dalle strutture erogatrici alla Azienda USL di residenza dell'utente :

- fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici (Nomenclatore Tariffario delle Protesi) ;
- prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 (specialistiche, residenziali e semiresidenziali);
- prestazioni erogate a favore dei tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche (specialistiche, residenziali e semiresidenziali);
- le prestazioni residenziali erogate nelle R.S.A., nelle comunità alloggio e in altre strutture residenziali.

Si ribadisce, inoltre, che la procedura di compensazione interregionale riguarda soltanto le prestazioni rese al cittadino quale diretto utente. Le prestazioni richieste da strutture pubbliche e private accreditate dovranno essere direttamente addebitate da parte delle strutture erogatrici a quelle che hanno effettuato la richiesta, al fine del conseguente rimborso.

Pertanto, sono oggetto di compensazione solo le prestazioni assicurate alla singola persona, di norma, su diretta richiesta del medico curante (medico di base o medico specialista).

Gli addebiti per ciascuna delle prestazioni sanitarie devono corrispondere alle tariffe indicate nei singoli tracciati record (Sezione C della presente circolare). Per il settore ricoveri

ospedalieri saranno applicate, provvisoriamente, le tariffe individuate dalla delibera di Giunta regionale n. 1159/98, salvo la presenza di eventuali accordi bilaterali tra Regioni, che saranno, nel caso, tempestivamente comunicati.

Per il settore della specialistica vanno applicate le tariffe indicate nel Nomenclatore tariffario regionale 1997, di cui alla delibera di Giunta regionale n.410 del 25/3/97.

A.2. I flussi informativi

I dati riportati nei documenti probatori devono essere completi di tutte le informazioni richieste dai relativi tracciati record, riportati nella sezione C della presente circolare, che costituiscono gli strumenti di scambio che le Regioni o le Province autonome assumono tra loro. Ogni struttura erogatrice della singola prestazione è comunque tenuta a mantenere la documentazione integrale relativa al singolo caso trattato o prestazione erogata, al fine di poter effettuare i necessari controlli in caso di contestazioni.

Pertanto, tutti i dati relativi alle prestazioni individuate come compensabili, dovranno essere inoltrati direttamente dalla Regione o Provincia autonoma di produzione a quelle ove è ubicato il Comune di residenza dell'utente. Sono esclusi, quindi, rapporti diretti tra soggetti "creditori" e soggetti "debitori", fatta eccezione per le prestazioni precedentemente indicate (protesi, ortesi ed ausili tecnici, prestazioni ex art. 26 legge 833/78, prestazioni a tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche, trattamenti residenziali non ospedalieri).

A.3. La frequenza

L'invio dei flussi informativi da parte delle Aziende sanitarie alla Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, per tutti i settori ad esclusione di quelli delle degenze e della Medicina di Base, avverrà a cadenza trimestrale secondo la seguente scansione, riportata anche nello "scadenziario" in Appendice :

entro il 31 gennaio	i dati di attività relativi al 4° trimestre dell'anno precedente ed alle modifiche ed integrazioni del 3° trimestre ;
entro il 20 marzo	le modificazioni ed integrazioni dell'esercizio precedente, compreso il 4° trimestre ;
entro il 30 aprile	i dati di attività relativi al 1° trimestre dell'anno in corso;
entro il 31 luglio	i dati di attività relativi al 2° trimestre ed alle modifiche ed integrazioni del 1° trimestre dell'anno in corso ;
entro il 31 ottobre	i dati di attività relativi al 3° trimestre ed alle modifiche ed integrazioni del 2° trimestre dell'anno in corso.

I dati forniti entro il 20 marzo costituiranno la base per la determinazione dei saldi di compensazione interregionale.

Per l'anno 1999 è consentita la modificazione ed integrazione dei dati di tutti i trimestri entro il 20 marzo 2000.

A.4. Le contestazioni

Si richiamano le Aziende al rispetto delle procedure, alla relativa qualità ed accuratezza nell'acquisizione dei dati essenziali per la compensazione, in quanto condizioni indispensabili per limitare gli errori nella produzione delle note di addebito e dei supporti informatici.

Si precisa, inoltre, che i tracciati specifici individuano in modo analitico i campi contenenti le informazioni obbligatorie, in mancanza delle quali non viene riconosciuta la compensazione.

Si ribadisce che gli addebiti per ciascuna delle prestazioni sanitarie devono corrispondere alle tariffe vigenti nella Regione Emilia-Romagna, così come risultano dai provvedimenti di regolamentazione del vigente sistema di remunerazione tariffaria per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, salvo la presenza di accordi bilaterali tra Regioni.

A.5. Procedure per le contestazioni sulla mobilità attiva

A seguito dell'invio trimestrale delle informazioni richieste dai tracciati record l'Agenzia Sanitaria Regionale trasmetterà alle Aziende sanitarie i record scartati, con la segnalazione degli errori nei relativi campi di errore riportati nella sezione C della presente circolare. Il file degli scarti conterrà il nome originale del file (cfr. punto A.7.2), preceduto dalla costante "R" (= Respinto).

Nel trimestre successivo le Aziende sanitarie invieranno all'Agenzia Sanitaria Regionale i record corretti.

Si precisa che per il settore delle degenze le modalità di rilevazione e correzione degli errori sono quelle indicate nella circolare regionale n. 2 del 9/2/1998 e successive modifiche ed integrazioni alla stessa, di cui alla nota Prot.n. 8661/AGS del 6/3/98, la cui validità per il 1999 è confermata con nota Prot. 5819/AGS dell'8/2/98.

Dopo il 31 luglio dell'anno successivo a quello di competenza, termine stabilito entro il quale muovere le contestazioni da parte delle Regioni sulla mobilità attiva della Regione Emilia-Romagna, le Aziende sanitarie dovranno espletare la necessaria attività di verifica, di correzione degli errori e di eventuale integrazione delle informazioni.

Si precisa, infine, che le specifiche tecniche relative alle contestazioni e controdeduzioni, corrispondono a quelle specificate al punto B.4. nella sezione B della mobilità infraregionale.

A.6. Specificazioni su alcuni settori oggetto di compensazione

A.6.1. Ricoveri ospedalieri

Si precisa che l'Agenzia Sanitaria Regionale provvede a validare i dati delle Schede nosologiche inviate trimestralmente dalle Aziende sanitarie e dalle Case di cura private accreditate.

Secondo le ultime disposizioni ministeriali, il tracciato record del file "A" (attività RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL) unifica la rilevazione dell'attività relativa ai ricoveri ordinari, a quelli in reparti di Lungodegenza, Riabilitazione e Psichiatria con codice 60, 56 e 40, avvenuti sia presso strutture pubbliche che private accreditate, e in Day Hospital. Pertanto, i campi "regime di ricovero" e "reparto di dimissione" identificano le diverse tipologie di ricovero.

Il tracciato record del File "A" e la lista degli errori contestabili riguardanti le Schede Nosologiche, riportati nella sezione C, vengono trasmessi **solo a fini conoscitivi**, in quanto strumento di scambio tra Regioni e quindi base per le procedure di contestazione e per le informazioni sulla mobilità passiva. La Regione, infatti, provvederà all'invio diretto alle altre Regioni delle informazioni relative al settore degenze, desumendole interamente dal flusso Scheda nosologica. Si ricorda, comunque, che la banca dati "Scheda Nosologica" è visibile in rete da tutte le Aziende sanitarie.

Relativamente alla valorizzazione dei ricoveri, sono fissate provvisoriamente le tariffe per i ricoveri oggetto di mobilità interregionale in quelle individuate dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 1159/98, con riserva di rideterminazione delle tariffe stesse sulla base delle indicazioni che saranno emanate dal competente ministero.

A.6.1.1. Ricoveri in case di cura private accreditate

Come previsto al punto C) della circolare regionale n. 40 del 24 dicembre 1996, le Case di cura, per i cittadini residenti nelle altre Regioni, continuano ad indirizzare le fatture, mensilmente, all'Azienda USL di ubicazione territoriale della struttura stessa.

La regolamentazione prevista dal Ministero della Sanità per la mobilità interregionale (nota n. 100/SCPS/4.6593 del 9 maggio 1996, integrata con nota n.100/SCPS/4.344 del 28 gennaio 1997) prevede che le strutture private addebitino le prestazioni direttamente all'Azienda USL dove sono ubicate e che la stessa Azienda USL provveda alla loro liquidazione e pagamento.

Onde evitare il pagamento di prestazioni per importi non dovuti o contestabili da parte delle Regioni, le Aziende sono tenute a controllare l'esatta corrispondenza tra le fatture ricevute dalle Case di cura e le schede nosologiche individuali validate dalla Agenzia Sanitaria Regionale, prima di procedere ai rispettivi pagamenti.

Le Schede nosologiche, secondo il tracciato record di cui alla circolare regionale n.2 del 9/2/98 e successive modifiche e integrazioni, dovranno essere inviate trimestralmente sia all'Azienda USL di ubicazione territoriale della struttura erogatrice che all'Agenzia Sanitaria Regionale.

Riguardo alla valorizzazione dei ricoveri si rimanda al precedente punto A.6.1.

A.6.2. Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso strutture private accreditate

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali incluse nel Nomenclatore Tariffario Nazionale (D.M. 22.7.96) e nei Nomenclatori Tariffari recepiti dalle Regioni erogate presso strutture private accreditate sono assoggettate alla compensazione della mobilità sanitaria alla pari delle prestazioni effettuate direttamente dalle strutture pubbliche.

Le strutture private emetteranno fatture, accompagnate dai relativi tracciati record, di cui al file "C" riportato nella sezione C della presente circolare, alle Aziende USL di ubicazione della struttura. Queste ultime, a loro volta, trasmetteranno all'Agenzia Sanitaria Regionale tali record per l'inoltro alle Regioni debtrici.

A.6.3. Attività di prelievo e trapianto d'organo

Le attività di trapianto comprendono le fasi di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo che non vengono valorizzate attraverso i DRGs e quindi non rientrano tra le attività oggetto di compensazione.

La presente regolamentazione, valida a partire dal 1° gennaio 1999, ha lo scopo di valorizzare adeguatamente le attività di trapianto e riguarda solo gli aspetti legati alla mobilità sanitaria interregionale, mentre nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha potestà diversa ed autonoma.

La casistica che è stata presa in esame riguarda esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas da donatore cadavere e non comprende prelievi da donatore vivente e prelievi di tessuto.

Osservazione, prelievo e trasporto

Qualora queste fasi siano effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale di Lire 4.884.000 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento

delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994". La tariffa del trasporto è individuata in modo convenzionale e forfettario in Lire 616.000.

Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di Lire 5.500.000. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito (fatturazione diretta).

Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione.

In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di Lire 5.500.000 per ogni organo trapiantato. La somma di tali importi dovrà essere riportata in calce nel modello H (di trasmissione degli addebiti fra Regioni) e dovrà corrispondere al numero di SDO trasmesse relative a DRG di trapianto.

Poiché la tariffa ministeriale attualmente in vigore per il trapianto di polmone è di lire 14.200.000 (DRG 75 interventi maggiori sul torace - D.M. 30/06/97) e in considerazione che tale importo risulta inadeguato alla copertura dei costi, in modo convenzionale si conviene di parificare la tariffa del trapianto di polmone a quella relativa al trapianto cardiaco pari a lire 96.750.000. Questa tariffa verrà riconosciuta per ogni SDO a cui il Grouper attribuisce il DRG 75 (interventi maggiori sul torace) in concomitanza del codice di procedura ICD-9-CM 33.5 (trapianto di polmone).

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

A.6.4. Farmaci a somministrazione diretta (file F)

Per rendere omogenea a livello interregionale l'identificazione della casistica in esame si segnalano di seguito le diverse tipologie di prestazioni per le quali deve essere utilizzato il File "F" al fine del rimborso dei farmaci. Per i farmaci somministrati in regime di ricovero ordinario non può essere richiesto nessun rimborso.

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

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

Farmaci utilizzati e forniti in regime di day-hospital: le tariffe di rimborso delle prestazioni di day-hospital sono comprensive anche dei farmaci eventualmente somministrati; sono invece soggetti a compensazione i farmaci consegnati al paziente per la prosecuzione del trattamento a domicilio, nell'ambito di cicli di cura programmati, come previsto dal D.P.R. 20 ottobre 1992. Rientrano in tale fattispecie i farmaci Antiretrovirali.

Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale: con decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del S.S.N. e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 dell'1 aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato. Pertanto è soggetta a compensazione interregionale la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali (se non compresi nella tariffa della prestazione). In particolare, rientrano nella compensazione della mobilità i farmaci erogati dai Servizi del Dipartimento di Salute Mentale. Sono compresi anche i prodotti previsti dal Decreto Ministro della Sanità del 5 novembre 1996 (emocomponenti), riportati in tabella.

Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico: trattasi di farmaci che, nel caso di distribuzione da parte di strutture pubbliche, vanno inseriti nel tracciato record File "F" e sono indicati nelle note n. 37 C.U.F. e 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. Si precisa che nella nota n. 37 rientrano, in particolare, i farmaci "Metadone" e "Naltrexone", assunti principalmente da pazienti tossicodipendenti ed i farmaci Antiretrovirali che non sono compresi nella precedente fascia H.

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

Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici.

Nel File "F" in tutti i casi sopra indicati in caso di mancanza del codice MINSAN10 e se non indicato diversamente, per il campo "codice del farmaco" si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno la codifica: OSSIGENO;

- per i preparati iposensibilizzanti la codifica: IPO, 4 caratteri iniziali della ditta produttrice, 1 carattere se terapia iniziale "I" o terapia di mantenimento "M", 2 caratteri per la via di somministrazione (IM intramuscolare, EV endovena, SC sottocute, OS bocca);
- per i preparati galenici la codifica: GAL ed il nome del principio attivo per la restante lunghezza del campo.

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

Prodotti previsti dal D.M. del 5 novembre 1996

Codice	Descrizione	Tariffa
303400	Concentrato eritrocitario da eritroferesi (tariffa unità + tariffa rimozione del buffy coat)	197.570
339600	Unità di plasma da plasmaferesi (non inferiore a 500 ml)	171.000
339650	Concentrato piastrinico da plasmapiastroferesi (1,8 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine)	285.000
342220	Concentrato eritrocitario da singola unità (280 ml +/- 20%)	190.730
342260	Concentrato piastrinico da singola unità (0,6 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine)	31.920
342290	Plasma fresco congelato da singola unità entro sei ore dal prelievo (250 ml +/- 20%)	28.500
388600	Concentrato piastrinico o leucocitario da aferesi (3,5 x 10 elevato alla 11 potenza piastrine) (1 x 10 elevato alla 10 potenza)	798.000
940441	Concentrato eritrocitario da eritropiaastroferesi (tariffa unità + tariffa rimozione del buffy coat)	197.570
940464	Crioprecipitato da singola unità (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI)	51.300
970001	Unità di sangue intero (con soluzione additiva di 450 ml +/- 10%)	190.730
940454	Congelamento/scongelamento emocomponente (eritrociti o piastrine)	399.000
940651	Deleucocitazione mediante filtro da singola unità emocomponente (eritrociti o piastrine) (per ogni filtro impiegato)	79.800
940753	Lavaggio cellule ematiche manuale	57.000
940765	Lavaggio cellule ematiche con separatore	114.000
940997	Rimozione del buffy coat per unità	6.840
940998	Irradiazione	68.400

Le prestazioni di cui ai codici 940454, 940651, 940753, 940765, 940997, 940998, non facendo riferimento ad emocomponenti, in quanto appartenenti alle fasi di preparazione degli emocomponenti stessi, devono essere trattate, ai fini della mobilità, nell'ambito della somministrazione diretta di farmaci. Ad esempio, le prestazioni con codice 970001 e con codice 940997 vanno entrambe considerate.

A.6.5. Prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale

A partire dalle prestazioni/prescrizioni erogate nel 1999 per la farmaceutica è da considerarsi come dato minimo obbligatorio il codice Provincia (valorizzando i primi tre caratteri del campo Comune di residenza ed impostando a valore zero i rimanenti 3 caratteri del campo stesso). Nel caso della specialistica (flusso 'C') a partire dalle prestazioni/prescrizioni erogate nel 1999 è da considerarsi obbligatorio il codice Comune di residenza completo di 6 caratteri, che dovrà avere un valore corretto appartenente alla tabella ISTAT dei comuni italiani.

A.6.6. Medicina di Base (Assistenza medico generica e pediatrica di base)

Come per il passato, l'Assessorato alla Sanità continuerà a fornire i dati ricompresi nell'archivio regionale degli assistiti. Il tracciato record specifico (File "B") viene allegato solo a fini conoscitivi, così come per il tracciato del File "A".

A.6.7. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

a) identificazione dei casi : sono da rilevare le seguenti tre tipologie di prestazioni :

- 1) tutte le attività di elisoccorso, indipendentemente dal trasporto e/o dal ricovero ;
- 2) le attività di trasporto di pazienti in ambulanza, solo se non seguite da ricovero ;

Formattati: Elenchi puntati e numerati

3) le attività di trasporto in ambulanza di organi per trapianto ;

b) valorizzazione delle prestazioni : le tariffe per le tipologie di cui ai punti 1 e 2 sono in corso di determinazione. Le tariffe relative al punto 3 sono quelle indicate al precedente punto A.6.3. della presente circolare.

c) documento probatorio : è costituito rispettivamente da :

- per la tipologia 1 sub a) : scheda di attestazione della centrale operativa 118 che ha disposto l'invio dell'elisoccorso ;
- per la tipologia 2 sub a) : scheda individuale di rilevazione per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso;
- per la tipologia 3 sub a) : scheda di attestazione della centrale operativa 118.

A.7. Modalità di trasmissione dati e tracciati record

Tutti i dati riguardanti le singole prestazioni addebitate dovranno essere trattati informaticamente ad evitare l'ingestibilità dei supporti cartacei, sia per la mole dei dati e sia per gli inutili sprechi di tempo e i costi dell'eventuale inserimento nel sistema informativo sanitario regionale.

A.7.1. Caratteristiche del supporto magnetico

I dati dovranno essere trasmessi tramite floppy disk da 3,5" 2HD formattati con formato MS-DOS a 1,44 Mb, salvo attivazione di un canale FTP. In questo caso il trasferimento avverrà in rete regionale.

A.7.2. Caratteristiche dei file dati

I files dovranno essere scritti in formato ASCII con record a lunghezza fissa e secondo i tracciati record riportati nella sezione C.

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 files dovranno avere un nome che consentirà di individuare il trimestre di competenza, l'anno di competenza, il tipo di modello attività/prestazione.

Il nome del file sarà quindi così composto:

TAAAAM.DDD

dove:

- T = trimestre di competenza
- AAAA = anno di competenza
- M = modello di attività/prestazione
- DDD = azienda inviante l'addebito.

Il trimestre di competenza dovrà essere così riportato:

- 1 = primo trimestre;
- 2 = secondo trimestre;
- 3 = terzo trimestre;

- 4 = quarto trimestre;
5 = integrativo quarto trimestre.

Per modello di attività/prestazione, si intende il tipo di prestazione a cui si riferiscono i dati contenuti nel file. I codici delle attività sono i seguenti:

- A = ricoveri ordinari e day hospital;
B = medicina generale (medico generica e pediatrica di base);
C = specialistica e diagnostica ambulatoriale;
D = farmaceutica;
E = cure termali;
F = somministrazione diretta farmaci;
G = trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

I singoli files sopra specificati potranno essere compressi in modalità multivolume con il programma PKZIP ver. 2.04G.

A.7.3. Tracciati record

I tracciati record dovranno essere prodotti con le specifiche riportate nelle schede della sezione C della presente circolare.

B) MOBILITA' SANITARIA INFRAREGIONALE

Per il corrente anno 1999 sono ancora in atto il sistema di compensazione, le procedure di addebito delle prestazioni e di scambio delle informazioni tra Aziende, di cui alla circolare regionale n. 9 del 22 aprile 1997. La frequenza di trasmissione delle informazioni e delle relative

note di addebito tra le Aziende sanitarie pubbliche e tra queste e l'Agenzia Sanitaria Regionale continua ad essere trimestrale.

In particolare, vengono sostituiti i tracciati record indicati nella circolare n.9/97 con quelli adottati per la mobilità interregionale.

Inoltre, permane l'utilizzo del **Modello "A"** (Allegato n. 1), riepilogativo delle prestazioni rese, già previsto dalla circolare regionale n. 9/97, da inviare trimestralmente da parte delle Aziende creditrici alle Aziende debtrici ed all'Agenzia Sanitaria Regionale. Esso comprende, oltre agli importi, anche i volumi di attività e le relative specifiche sono indicate al successivo punto B.3.

B.1. Prestazioni oggetto di scambio tra Aziende sanitarie pubbliche

Sono soggette alla compensazione finanziaria tra Aziende sanitarie pubbliche della Regione le seguenti prestazioni :

- 1) Ricoveri ordinari per acuti ;
- 2) Ricoveri per day surgery o day hospital ;
- 3) Ricoveri di riabilitazione o lungodegenza o psichiatria ;
- 4) Prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero ;
- 5) Prestazioni farmaceutiche ;
- 6) Somministrazione diretta di farmaci ;
- 7) Assistenza medica di base (Assistenza medico-generica e pediatrica di base);
- 8) Prestazioni erogate a detenuti, militari di leva ed obiettori di coscienza.
- 9) Prestazioni erogate a stranieri domiciliati e iscritti al Servizio Sanitario Regionale

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Riguardo ai ricoveri di cui ai punti 1) 2) e 3) si precisa che sarà cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale validare i dati delle Schede nosologiche trimestralmente. Inoltre, alle Aziende USL verrà fornito un ritorno informativo contenente la mobilità sia attiva che passiva.

Si fa rinvio, per ciascuno dei precedenti settori, a quanto indicato nelle specifiche tecniche (punto B.7.) della presente circolare, riguardo all'identificazione dei casi, alla valorizzazione delle prestazioni ed al documento probatorio.

B.2. Prestazioni non soggette a compensazione

Sono escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria infraregionale le seguenti tipologie di prestazioni per le quali il **rapporto di fatturazione**, con cadenza mensile, **avverrà direttamente tra le strutture erogatrici e le Aziende USL di residenza dell'utente:**

- a) Ricoveri in Case di cura private accreditate ;
- b) Ricoveri ordinari presso i Centri riabilitativi ex-art. 26 legge n. 833/78 ;
- c) Prestazioni ambulatoriali specialistiche erogate dai privati accreditati ;
- d) Prestazioni termali ;
- e) Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici (Nomenclatore Tariffario delle Protesi) .

Non sono, inoltre, soggette a compensazione ma a fatturazione diretta gli oneri derivanti dalla permanenza dei disabili fisici, psichici e sensoriali, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbo mentale, tossicodipendenti in strutture (pubbliche e convenzionate) a valenza sanitaria e/o sociale.

Si specifica, altresì, che non sono soggette alla compensazione finanziaria né alla fatturazione diretta sia le prestazioni di guardia turistica sia i ricoveri presso le strutture residenziali per soggetti con disturbo mentale dimessi da ex ospedali psichiatrici.

B.3. Note riepilogative delle prestazioni rese

*L'Azienda creditrice è tenuta ad inviare, tramite il **Modello "A"** (Allegato n.1), all'Azienda debitrice ed all'Agenzia Sanitaria Regionale le note di addebito relative al trimestre oggetto di compensazione, integrato con le informazioni riferite al trimestre precedente.*

Tali note di addebito devono essere trasmesse entro i 30 giorni successivi alla chiusura del trimestre di competenza, tranne che per il settore delle degenze negli Ospedali pubblici, per i quali le note stesse vanno inviate entro i 30 giorni successivi alla validazione da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale per l'attribuzione dei DRGs.

Relativamente ai ricoveri in Ospedali pubblici, la banca dati regionale Scheda Nosologica viene chiusa entro il 28 febbraio ed è altresì previsto un aggiornamento della stessa al 31 maggio, per allinearla alle banche dati locali, modificate sulla base della risoluzione delle contestazioni effettuate.

Nel Modello "A" vanno inclusi nel settore di attività "DEGENZE" i ricoveri ordinari, in Day Hospital e le dimissioni dei reparti di Lungodegenza, Riabilitazione e Psichiatria con codici disciplina 56, 60 e 40.

Si ribadisce, inoltre, che gli addebiti delle prestazioni da indicare nello stesso modello devono essere valorizzati secondo le tariffe indicate nella presente circolare per i singoli settori, salvo i casi in cui siano previste, tramite accordi, specifiche tariffe.

In presenza di accordi che prevedono importi forfettari tra Aziende USL ed Aziende Ospedaliere, tali importi vanno evidenziati secondo le frazioni annue corrispondenti al periodo di fatturazione.

La colonna "Importo contestazioni risolte (+/-)" va compilata solo da parte dell'Azienda creditrice, per evitare doppie imputazioni di analoghi importi.

Le note di addebito riepilogative di trasmissione delle informazioni tra le Aziende dovranno essere accompagnate dai relativi tracciati record, contenenti i dati analitici e riportati nella sezione C della presente circolare, per tutti i settori ad eccezione di quello delle "degenze". All'Agenzia Sanitaria Regionale va invece inviato il solo Modello "A" riepilogativo delle prestazioni rese per tutti i settori oggetto di compensazione.

Si ribadisce, infine, l'essenzialità del Modello "A" e la correlata necessità di ricomprendere in esso tutte le rettifiche relative alle contestazioni risolte entro i termini stabiliti dalla presente circolare. A tal proposito si precisa che l'invio alla Agenzia Sanitaria Regionale deve essere effettuato utilizzando SOLO il Modello A senza ricorrere ad ulteriore carteggio.

*Gli Stabilimenti termali sono tenuti a trasmettere, trimestralmente, all'Agenzia Sanitaria Regionale le note riepilogative (**Modello "A/BIS"**) a fini conoscitivi del fenomeno della mobilità sanitaria (Allegato n. 2).*

Le case di cura private accreditate non sono tenute ad inviare, come da precedenti disposizioni, il modello "A/BIS", in quanto i flussi informativi che pervengono alla Commissione Paritetica, presso l'Assessorato regionale alla Sanità, contengono le informazioni di cui al modello stesso.

Modello "A5" (di conguaglio)

Ferma restando la scadenza fissata per il modello "A", è prevista la possibilità, qualora vi siano contestazioni risolte tra Aziende, successivamente alla trasmissione dell'ultimo Modello "A", contenente le integrazioni relative all'anno precedente (scadenza 20 marzo), di inviare un nuovo Modello "A5" (di conguaglio). Esso riporta sia l'esito delle contestazioni non comprese nei precedenti modelli "A" che la segnalazione di eventuali rettifiche sopravvenute in seguito a modifiche del comune/AUSL di residenza (storni) derivanti dalla risoluzione di contestazioni.

La data di invio di tale modello è fissata al **30 settembre 2000** per l'attività 1999 e dovrà essere trasmesso SOLO dalle Aziende creditrici (contestate) alle Aziende debentrici (contestatrici), nonché all'Agenzia Sanitaria Regionale.

B.4. Procedure per le contestazioni

Al fine di semplificare la gestione del contenzioso si disciplinano le procedure di contestazione come di seguito indicato.

L'Azienda debitrice, che intende procedere alla contestazione dei dati alla stessa addebitati, entro 60 giorni dal ricevimento delle note di addebito comunica i record contestati su supporto magnetico, accompagnandoli con una nota che descriva gli elementi di contestazione.

L'Azienda creditrice dovrà trasmettere, a sua volta, entro 60 giorni dal ricevimento della contestazione, le controdeduzioni.

Specifiche tecniche delle contestazioni

I file contenenti i record contestati dovranno avere un nome composto da codice Azienda destinataria, costante "C", ultime due cifre dell'anno di competenza, lettera identificativa del settore oggetto di contestazione; l'estensione del nome del file dovrà essere il codice dell'Azienda inviante e dovranno contenere solo record con almeno un errore.

Esempio di attribuzione del nome file nel caso del flusso di tipo A per contestazioni mosse dalla Azienda xxx alla Azienda yyy per l'anno 1998: yyyC98A.xxx

Si specifica che per i flussi contenenti gruppi ricetta si dovranno inviare tutti i record del gruppo stesso con l'indicazione dell'errore solo sulla riga in cui l'errore si è individuato.

Si precisa inoltre che, a fronte di più errori sullo stesso record, **non dovranno essere generati più record per ciascun errore ma essere utilizzati i campi errore a disposizione.**

Nel caso di contestazione di duplicati devono comunque essere inviati tutti i record coinvolti. Il campo posizione contabile varrà '5' su ogni record.

Si specifica che gli errori che potranno essere evidenziati (definiti nella sezione C della presente circolare come errori causa di contestazione) saranno da considerare esaustivi della contestazione stessa e solo su questi si baseranno le controdeduzioni.

Le contestazioni devono essere mosse senza alterare in alcun modo il contenuto dei dati originariamente inviati dalle Aziende creditrici, questo anche al fine di limitare i contenziosi ed errate interpretazioni delle contestazioni stesse.

Nel 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 mosse accompagnate da documentazione su record secondo le modalità di compilazione previste.

Tutte le contestazioni che non hanno alcun campo errore valorizzato diverso da zero saranno da considerare nulle.

Specifiche tecniche delle controdeduzioni

Se nella fase di controdeduzione un'Azienda verifica di aver errata l'individuazione dell'Azienda verso la quale ha inviato l'addebito, essa dovrà inviare all'Azienda contestatrice i record relativi con posizione contabile 'C' e contestualmente, all'interno del file delle

controdeduzioni verso l'Azienda individuata come quella corretta, inserirà tali record con posizione contabile='3' valorizzando anche il campo 'Azienda iniziale di addebito' col codice dell'Azienda verso cui erroneamente si era inviato inizialmente l'addebito. Tale modalità è prevista non solo a fronte di una contestazione ma anche nei casi di rilevazione di errore.

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 corretti in base agli errori segnalati;

C= la contestazione viene accolta in quanto fondata;

3=addebiti richiesti per storni ad altri per l'anno di competenza a fronte di errori sull'individuazione dell'Azienda.

Nel campo denominato posizione contabile deve essere inserito il codice che sintetizza il risultato della correzione del record, nel seguente ordine di priorità: C, B, A.

Ad esempio, se su una prestazione si verifica che l'assistito non è a carico dell'Azienda alla quale si è addebitato inizialmente, la contestazione verrà accettata con 'C', anche se sono stati segnalati altri errori che sono stati corretti; se i dati vengono modificati a fronte degli errori segnalati va impostato il valore 'B', se i dati non vengono modificati si può impostare il valore 'A'. Il campo posizione contabile varrà o 'A' o 'B' o 'C' o '3' su ogni record del gruppo ricetta, in modo uniforme.

I file contenenti le controdeduzioni dovranno avere un nome composto da codice Azienda destinataria, costante "D", ultime due cifre dell'anno di competenza, lettera identificativa del settore oggetto di contestazione; l'estensione del nome del file dovrà essere il codice dell'Azienda inviante.

Esempio di attribuzione del nome file nel caso del flusso di tipo A per controdeduzioni inviate dalla Azienda yyy alla Azienda contestante xxx per l'anno 1998: xxxD98A.yyy.

Nel caso di soluzione di casi duplicati non effettivi ma dovuti a cause tecniche, ad esclusione quindi del caso di accettazione di errore sul duplicato con posizione contabile 'C', si interverrà sulla chiave del record e l'Azienda inviante dovrà accompagnare la controdeduzione con una specifica nota scritta relativa all'avvenuta modifica dei campi chiave. Nei casi di posizione contabile A, B o C occorre non valorizzare il campo 'Azienda iniziale di addebito'.

Nei record inviati nelle controdeduzioni gli indicatori di errore evidenziati dall'Azienda contestante vanno mantenuti al valore originale.

Ogni addebito contestato cui non segua controdeduzione, al limite per l'intero settore, verrà assunto come accettazione della contestazione (cioè come se la controdeduzione fosse stata inviata con posizione contabile 'C').

In questa fase tutti i record privi di posizione contabile valorizzata come sopra scritto saranno da considerare come implicitamente non inviati (quindi contestazione accettata con posizione contabile 'C' implicita).

Al termine delle fasi delle contestazioni e delle controdeduzioni sarà cura dell'Azienda contestatrice (debitrice) inviare all'Agenzia Sanitaria Regionale ed all'Azienda creditrice, i modelli "B" e "C", debitamente compilati, di cui agli Allegati nn. 3 e 4 alla presente circolare, di seguito descritti.

1. Modello "B" di riepilogo conoscitivo delle motivazioni di contestazione

Al fine di facilitare la raccolta dei dati relativi alle contestazioni e per consentire analisi sistematiche della casistica e dell'ammontare finanziario, si introduce il **Modello "B"** (Allegato n.3), sostitutivo di quello previsto dalla Circolare regionale n.9/97. Tale modello dovrà contenere le contestazioni risolte bilateralmente dalle Aziende e che non necessitano dell'intervento della Commissione di Arbitrato. L'invio di tale modello, riepilogativo del contenzioso risolto, dispensa le Aziende dall'inviare all'Agenzia Sanitaria Regionale copia di tutta la corrispondenza, relativa alle contestazioni.

Il modello da inviare all'Agenzia Sanitaria Regionale ed alle Aziende creditrici, SOLO da parte dell' Azienda contestatrice (DEBITRICE) dovrà contenere le seguenti informazioni :

- Anno di riferimento
- AUSL/AOSP contestata (CREDITRICE)
- per ogni settore: motivazioni che hanno determinato la contestazione - per ogni motivazione dovrà essere riportato il relativo numero di casi e l'importo complessivo.

La cadenza di invio del modello è fissata **entro il 31/10/2000** per l'attività 1999 : a tale data si ritengono concluse le contestazioni relative al precedente anno di attività.

2. Modello "C" per contestazioni da sottoporre alla Commissione di Arbitrato regionale

Per le contestazioni le cui controdeduzioni non sono state accettate dall'Azienda contestatrice e che non hanno trovato soluzione mediante un accordo bilaterale e che quindi sono oggetto di esame della Commissione di Arbitrato, istituita con determinazione del Direttore Generale della Sanità e Servizi Sociali n. 4678 del 21 maggio 1998, si richiede l'invio all'Agenzia Sanitaria Regionale del Modello "C" (Allegato n.4), che sostituisce quello previsto dalla Circolare regionale n.9/97.

Relativamente al **settore delle degenze**, unitamente al Modello "C", dovrà essere inviato un dischetto magnetico contenente le informazioni necessarie ad individuare, nella banca dati Scheda Nosologica, le schede oggetto di contestazione, così da poter consentire alla Commissione di Arbitrato una rapida attivazione dell'istruttoria.

Il dischetto dovrà essere trasmesso all'Agenzia Sanitaria Regionale ed alle Aziende creditrici, SOLO dalla Azienda contestatrice (DEBITRICE) e dovrà contenere un tracciato record con le seguenti informazioni:

- Anno di dimissione
- AUSL/AOSP contestata (CREDITRICE)
- **per ogni scheda** oggetto di contestazione gli elementi identificativi necessari alla sua individuazione nella banca dati :
 - motivazione della contestazione (descrizione sintetica max 80 caratteri)
 - importo contestato
 - codice stabilimento
 - numero progressivo

La cadenza di invio è fissata **entro il 31/10/2000** per l'attività 1999 ed avverrà contestualmente alla trasmissione del Modello "B"

B.4.1. Regolamentazione delle contestazioni

A) Precisazioni su alcune tipologie di contestazione

Alla luce delle esperienze degli anni precedenti ed al fine di ridurre il contenzioso tra Aziende sanitarie sottoposto alla Commissione di Arbitrato, si elencano alcune tipologie di contestazione, per le quali risulta non opportuno l'invio alla stessa Commissione:

- **utenti non trovati nelle anagrafi degli assistiti delle Aziende** : nel caso in cui l'Azienda debitrice non riscontri nella propria anagrafe gli utenti per i quali ha ricevuto l'addebito rimane a carico della Azienda creditrice l'onere della prova. Sarà quindi cura della Azienda creditrice, nel rispetto delle norme di tutela della privacy, prendere contatti o con il paziente o con le anagrafi dei comuni della provincia di riferimento. In seguito a tali controlli e solo qualora non fosse effettivamente possibile individuare l'utente, si potrà ricorrere alla Commissione di Arbitrato ;

- **utenti soggetti alle norme sull'anonimato (affetti da HIV, pentiti ecc.)** : tali utenti possono risultare non identificabili. In questo caso le Aziende devono risolvere bilateralmente la corretta identificazione;
- **invio tardivo dei dati** : si ribadisce la necessità, da parte delle Aziende creditrici, di rispettare i termini per l'invio dei dati di addebito al fine di garantire un miglior funzionamento del sistema e di consentire a tutte le Aziende di disporre dei dati necessari a redigere il bilancio. Sebbene il mancato rispetto del termine non implichi, secondo le norme del Codice Civile, l'estinzione del debito e del credito, si ricorda che, così come indicato nel Piano delle Azioni 1999, il rispetto delle scadenze relative al debito informativo rappresenta uno degli elementi di valutazione dei Direttori Generali ;
- **contestazioni che necessitano di esame della cartella clinica** : nel caso sia necessario entrare nel merito della documentazione clinica, prima di ricorrere alla Commissione di Arbitrato le Aziende interessate sono tenute a confrontarsi sulla base delle cartelle cliniche.

B) Valutazione dell'importo minimo

Al fine di agevolare la gestione del contenzioso le Aziende sono tenute a valutare l'effettiva utilità del recupero di importi economicamente irrilevanti.

Registrazione in bilancio dei risultati delle contestazioni

I risultati delle contestazioni vanno iscritti come sopravvenienze attive o passive nel bilancio dell'anno successivo.

B.4.2. Regolamentazione dell'attività di controllo e delle contestazioni relative all'attività di degenza

Il gruppo regionale "Controlli Scheda Nosologica Ospedaliera - Mobilità sanitaria", istituito con determinazione del Direttore Generale della Sanità e Servizi Sociali n. 4678 del 21 maggio 1998 ha sviluppato alcuni indicatori di utilizzo appropriato delle risorse, che consentono la individuazione degli ambiti critici sui quali focalizzare le attività di controllo interno e di controllo esterno da parte delle Aziende committenti.

E' di fondamentale importanza sottolineare come le attività di controllo interno ed esterno debbano essere focalizzate su aspetti rilevanti e debbano inserirsi in un quadro di pianificazione intra ed interaziendale che definisca obiettivi di miglioramento degli aspetti relativi all'utilizzo appropriato della risorsa ospedaliera e di corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Rispetto alla circolare regionale 9/97, che assoggettava a contestazione solo ed unicamente le prestazioni per le quali i contenuti dei tracciati record non consentivano l'identificazione dell'utente, della relativa residenza, della prestazione erogata e della struttura erogatrice, nel 1999 vengono introdotte le seguenti ulteriori tipologie di contestazione ammissibile:

1. Ricoveri ripetuti 0-1 giorno

Definizione: re-ricoveri avvenuti nello stesso presidio con finestra temporale di 0 o 1 giorno e re-ricoveri con ammissione nella giornata di lunedì e dimissione del ricovero indice il venerdì o sabato precedente.

Tale tipologia di ricovero dovrà essere oggetto dal 1 gennaio 1999 di controlli interni obbligatori da parte delle strutture di ricovero sulla totalità dei casi e successiva validazione a livello regionale, secondo le modalità riportate nella sezione D della presente circolare.

2. Ricoveri ripetuti 2-7 giorni

Definizione: re-ricoveri attribuiti ad una medesima MDC avvenuti nello stesso presidio con finestra temporale fra dimissione del ricovero indice e ammissione del ricovero successivo di 2-7 giorni, sono esclusi i ricoveri di cui al punto precedente con dimissione nelle giornate di venerdì o sabato e riammissione nella giornata di lunedì.

3. Ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro i 15 giorni precedenti ("Omnicomprendività della tariffa")

Definizione: Ricoveri chirurgici in regime ordinario preceduti da un ricovero medico nello stesso presidio di durata inferiore a 4 giorni se in degenza ordinaria o a 4 accessi se in day-hospital. La finestra temporale viene determinata dalla differenza fra le due date di ammissione.

Tale controllo è mirato a verificare l'applicazione di quanto previsto all'articolo 1, comma 18, della Legge n.662/96 collegata alla Legge Finanziaria 1997.

4. Non corrispondenza fra cartella clinica e SDO

Definizione: Casi nei quali il contenuto della SDO non corrisponda a quello della cartella clinica.

Poiché la definizione suddetta è assolutamente ampia, si ritiene di presentare quali sottotipologie significative da sottoporre a controllo esterno quelle emerse dai lavori del gruppo di lavoro regionale, relative ai ricoveri attribuiti ai cosiddetti DRG "maldefiniti" (424, 468, 476, 477) e ai ricoveri attribuiti ai DRG complicati. Per tale seconda tipologia si richiama al principio di rilevanza delle attività di controllo sopramenzionato ed alla necessità di focalizzare il controllo esterno sui casi che evidenzino rapporti fra il numero di ricoveri attribuiti ai DRG con complicanze rispetto al numero totale di ricoveri attribuiti a DRG cosiddetti "omologhi", che si discostino significativamente dai dati medi regionali; altro elemento utile per definire l'ambito di controllo è la tipologia di attività attesa per le singole strutture.

Per quanto riguarda i DRG "maldefiniti", questi saranno oggetto di controlli interni obbligatori a partire dal 1° gennaio 1999, secondo le modalità riportate nella sezione D della presente circolare.

Si sottolinea, in particolare, come il tema della qualità nella compilazione della SDO debba continuare ad essere oggetto della massima attenzione da parte delle singole strutture di ricovero.

5. DRG "potenzialmente inappropriati"

Definizione: Casi trattati in regime ordinario o in Day-Hospital per i quali sarebbe stato appropriato il trattamento in altro regime (Day-Hospital per i ricoveri ordinari o ambulatoriale per ricoveri ordinari e Day-Hospital).

Il gruppo di lavoro regionale ha esaminato una prima lista di 52 DRG, formulando una serie di valutazioni utili alla analisi dei singoli casi. Si ritiene di indicare in tale lista e nell'elenco dei 27 DRG proposti per gli accordi con i Medici di Medicina Generale, elenco che si sovrappone in parte alla lista precedente, la casistica da fare oggetto in prima battuta di analisi locali finalizzate ad evidenziare le eventuali criticità. Nel caso in cui, a livello locale, esistano effettive criticità, rilevanti in termini numerici e concettuali, per casistiche diverse rispetto a quelle succitate, le strutture sono pregate di segnalarle al gruppo suddetto per il tramite della Agenzia Sanitaria Regionale, al fine di procedere ad una valutazione congiunta congruente con la metodologia già utilizzata dal gruppo stesso.

Nell'analizzare l'appropriatezza dei singoli casi, è indispensabile utilizzare un protocollo condiviso ed esplicito di valutazione: si individua a tale scopo il Protocollo di Revisione Dell'Utilizzo dell'Ospedale (P.R.U.O.).

Oltre al principio di rilevanza delle attività di controllo si ritiene di richiamare alcuni aspetti ulteriori.

- La rilevanza numerica di alcuni indicatori, in particolare quelli di cui ai punti 2 e 3, che sono anche mirati a fini di campionamento, può in taluni casi non essere rappresentativa delle caratteristiche di inappropriata delle attività realmente svolte: pertanto è indispensabile che

alla valutazione meramente numerica, faccia seguito, da parte della Azienda che contesta una analisi delle informazioni contenute nella scheda nosologica a livello di Banca Dati regionale, analisi che può chiarire meglio la natura dei fenomeni.

- Il percorso ipotizzabile, da ritenersi più corretto al fine di rendere efficiente ed efficace, in altri termini economica, l'attività di controllo, può essere così sommariamente delineato: analisi dei dati complessivi e della rilevanza numerica dei singoli fenomeni, approfondimento degli aspetti rilevanti sulla base di quanto contenuto nella banca dati Scheda nosologica (diagnosi, età del paziente, tipo di ricovero etc.), formulazione chiara della contestazione alla struttura che ha erogato le prestazioni; analisi da parte della struttura erogante di banca dati ed eventualmente cartella clinica; formulazione delle controdeduzioni, valutazione da parte della Azienda che ha contestato del contenuto delle controdeduzioni; eventuale esame congiunto della documentazione clinica relativa ai singoli casi. Solo qualora non si raggiunga accordo sostanziale su i casi contestati questi potranno essere proposti alla Commissione di Arbitrato regionale.

Riguardo ai re-ricoveri, la valutazione di merito consentirà l'identificazione di eventuali casi riconducibili ad un unico episodio di cura. L'Azienda erogante dovrà provvedere ad attivare le procedure per l'annullamento dell'importo corrispondente ad una delle due schede nosologiche inviate, che comunque resteranno entrambe in banca dati, fatti salvi eventuali errori materiali verificati. Inoltre l'Azienda erogante dovrà comunicare all'Agenzia Sanitaria Regionale tutte le informazioni utili per una corretta determinazione degli importi finali da compensare. A tal fine deve essere utilizzato il modello "B" (Allegato n.3) specificando:

- Contestazioni relative ai punti 1; 2 ;3:

solo per le schede il cui corrispettivo finanziario debba essere annullato, si precisa che queste devono essere raggruppate nella **prima colonna** del Modello "B" in base al motivo che ha originato la contestazione. Inoltre nelle altre colonne, per ogni gruppo si deve precisare rispettivamente il numero di casi e l'importo da detrarre preceduto dal segno - (meno);

- Contestazioni di cui ai punti 1-5:

è necessario riportare, nella colonna "**numero casi**" il numero complessivo delle schede oggetto di contestazione, specificando in nota, il numero di casi in cui l'importo originariamente attribuito è stato confermato ed il numero di casi in cui l'importo è stato modificato (per qualsiasi motivo).

Nella colonna "**importo**" dovrà essere evidenziata soltanto la variazione (positiva o negativa) rispetto all'importo originariamente addebitato.

Ad esempio, nel caso in cui vengano contestati 10 ricoveri per un importo complessivo originariamente addebitato pari a £ 100.000.000 e a seguito delle verifiche si determini, per questi 10 casi, un nuovo importo pari a £ 60.700.000, l'importo da evidenziare nel modello B è pari a -(meno) £39.300.000.

B.5. Modello "E" di riepilogo dei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie

Al fine di effettuare corrette rimesse di cassa, da parte dell'Assessorato alla Sanità, le Aziende sono tenute ad inviare alla Agenzia Sanitaria Regionale copia dei contratti stipulati tra le Aziende sanitarie pubbliche per la fornitura di prestazioni sanitarie, nonché l'allegato Modello "E" di riepilogo degli accordi, debitamente compilato da parte delle Aziende interessate (Allegato n.6).

Si precisa che gli importi da indicare nel modello, dal momento che non ricomprendono tutte le tipologie di attività previste nei contratti di fornitura, debbono riferirsi ai soli settori oggetto di mobilità. Inoltre, nel caso di variazioni di accordi intervenute in corso di esercizio, sarà cura delle Aziende sanitarie provvedere alla trasmissione di un nuovo modello a rettifica.

B.6. Modalità di trasmissione dei dati e tracciati record

Le modalità di trasmissione delle informazioni, la frequenza dei flussi informativi e delle note di addebito, nonché i tracciati record, da trasmettere su supporto magnetico tra le Aziende sanitarie, sono gli stessi di cui ai punti A.3., B.3. ed alla sezione C della presente circolare.

Relativamente alla frequenza dell'invio dei flussi informativi si rimanda allo "scadenziario", riportato in Appendice.

Si precisa, inoltre, per il settore "degenze", che le disposizioni sul flusso informativo e l'unico tracciato record da utilizzare sono quelli previsti nella circolare regionale n. 2 del 9/2/1998 e successive modifiche ed integrazioni alla stessa, di cui alla nota Prot.n. 8661/AGS del 6/3/98, la cui validità per il 1999 è confermata con nota Prot. 5819/AGS dell'8/2/98.

Riguardo alle **caratteristiche dei file dati**, la composizione del nome del file viene ovviamente adattata per le esigenze della mobilità infraregionale, mentre non cambiano i codici del trimestre di competenza e del modello di attività/prestazione.

Nome del file :

RRRTAAM.DDD

dove:

RRR = codice Azienda a cui viene inviato l'addebito

T = trimestre di competenza

AA = anno di competenza

M = modello di attività/prestazione

DDD = azienda inviante l'addebito.

Le ulteriori modifiche di adattamento dei tracciati record della mobilità interregionale a quelli da adottare per la mobilità infraregionale sono le seguenti :

- il campo ID (identificativo record) viene ricostruito indicando con le prime sei cifre il codice identificativo nazionale dell'Azienda e successivamente l'anno di riferimento, il periodo di invio ed un progressivo numerico senza spazi (esempio:

0	8	0	1	0	1	1	9	9	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- il campo "Posizione contabile" viene utilizzato per indicare la posizione delle prestazioni nei confronti di eventuali contestazioni. I codici per l'invio delle prestazioni, delle contestazioni e delle controdeduzioni sono i seguenti:

Codici 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).

Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata;

Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione dell'Azienda di residenza.

B.7. Specifiche tecniche

Si ritiene opportuno riportare, di seguito, l'aggiornamento delle specifiche tecniche relative a prestazioni da assoggettare o meno a compensazione finanziaria per l'anno 1999, contenente le indicazioni tuttora valide, fornite per il 1997 con la Circolare regionale n.9/97, nonché le modifiche ed integrazioni apportate in seguito ai quesiti pervenuti.

Nella sezione D della presente circolare, in particolare, sono riportate le specifiche su alcune prestazioni, che sono state oggetto di richiesta di approfondimento.

B.7.1. RICOVERI OSPEDALIERI IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE

Come già precisato al precedente punto B.1. della presente circolare, l'Agenzia Sanitaria Regionale provvede a validare le schede nosologiche pervenute dalle Aziende sanitarie e dalle Case di cura private accreditate.

b) Riguardo alla valorizzazione dei ricoveri, si applicheranno le tariffe di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 732 del 18/5/99. Per le case di cura private si farà riferimento agli accordi definiti o in corso di definizione con le rappresentanze regionali della ospedalità privata, in applicazione dei provvedimenti adottati dalla Giunta regionale. Il campo "importo" della Scheda nosologica dovrà contenere l'importo effettivamente fatturato, anche in presenza di accordi a forfait tra Aziende sanitarie.

Per i ricoveri in regime di libera professione intramuraria si dà luogo alla compensazione finanziaria secondo le modalità previste, in generale, per il settore ricoveri. Riguardo alla valorizzazione, i relativi DRGs vanno ridotti del 10% in conformità con l'art. 1, comma 17, della legge finanziaria 23 dicembre 1996, n. 662.

B.7.2. RICOVERI PRESSO CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE

Si conferma, come da precedenti disposizioni, che le fatture sono da indirizzare da parte delle Case di Cura direttamente all'Azienda USL di residenza del cittadino. Le valutazioni inerenti i volumi di attività ed i relativi importi possono essere effettuate tramite interrogazioni sulla banca dati regionale.

Le fatture da inviare alle Aziende USL di residenza vanno accompagnate dal tracciato record contenente i dati analitici. Il tracciato record da utilizzarsi è quello indicato nella circolare sulla Scheda nosologica individuale anno 1998 (circolare regionale n. 2 e successive modifiche e integrazioni).

B.7.3 ATTIVITA' DI PRELIEVO E TRAPIANTO D'ORGANO

Le attività di trapianto non riguardano solo la prestazione trapiantologica ma comprendono le fasi precedenti all'intervento di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo, non valorizzate attraverso i DRGs e, quindi, non incluse tra le attività oggetto di compensazione.

La casistica che è stata presa in esame riguarda prelievi di organi e tessuti da donatore cadavere (cuore, fegato, pancreas, polmone, rene, segmento osseo, cornea) e non comprende prelievi da donatore vivente.

La descrizione seguente dei flussi di addebito e di rimborso fra le Aziende riguardo alle fasi di osservazione, prelievo e trasporto si riferisce al contenuto dell'Allegato n.7 della delibera di Giunta regionale n.732 del 18/5/1999 :

1. L'Azienda sede di prelievo addebiterà all'Azienda sede di trapianto per ogni organo o tessuto la cifra riportata in tabella 1 ;
2. L'Azienda sede della Centrale Operativa di Soccorso o l'Azienda che ha attivato il sistema di trasporto dell'organo addebiterà all'Azienda sede di trapianto l'importo forfettario di Lit. 616.000. Per l'anno 1999 non è prevista una tariffa di trasporto per i tessuti, che è in corso di determinazione a livello nazionale ;
3. L'Azienda sede dell'attività di trapianto addebiterà all'Azienda di residenza del ricevente (all'interno o fuori regione), secondo le modalità e le scadenze previste dai flussi di mobilità per le attività di ricovero, la tariffa DRG specifica, come da tabella 2, incrementata della cifra corrispondente al prelievo di organo o tessuto, di cui alla tabella 1 e del costo del trasporto.

Si sottolinea che la tabella 2 si riferisce ai casi in cui in uno stesso ricevente venga impiantato un solo organo o tessuto ; nei casi in cui invece si realizzino trapianti multipli le cifre relative agli organi o ai tessuti andranno sommate, mentre la cifra relativa al trasporto rimane singola.

Tabella 1 : Valorizzazione prelievi di organo o tessuto da cadavere e trapianti

Importi da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto

Organo o tessuto	Importo in Lire	Importo in Euro
Cuore	4.884.000	2522,3755
Fegato	4.884.000	2522,3755
Pancreas	4.884.000	2522,3755
Polmone	4.884.000	2522,3755
Rene	4.884.000	2522,3755
Segmento Osseo	480.000	247,8993
Cornea	300.000	154,9371

Tabella 2 : Valorizzazione Trapianti

Tutte le valorizzazioni di seguito specificate sono da riconoscersi ai soli centri autorizzati a svolgere attività trapiantologica ai sensi della normativa vigente.

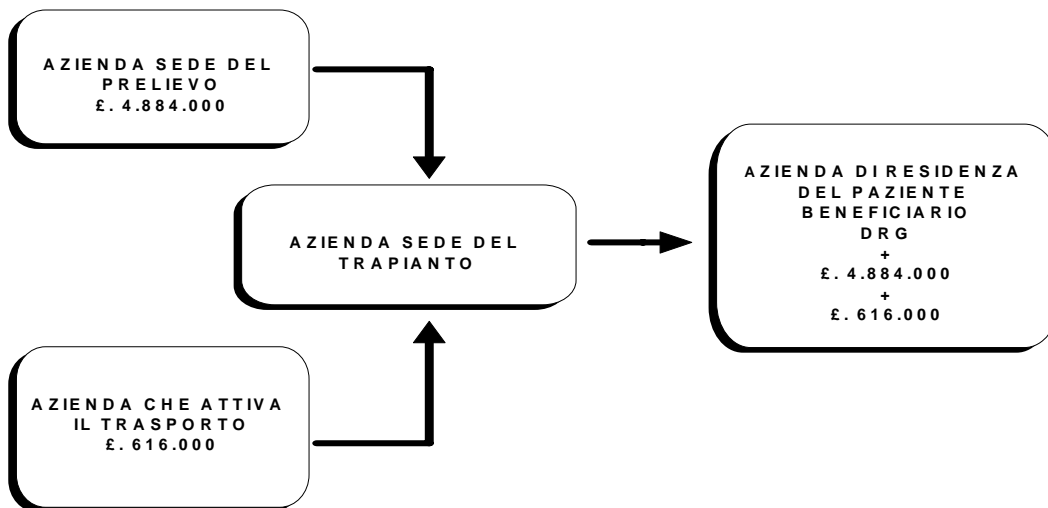
Importi da fatturare dalle Aziende sede di trapianto alla Azienda di residenza del ricevente

Tipo di trapianto	Modalità di codifica	Tariffa
Cuore	37.5	vedi DRG 103 C "Trapianto di cuore"
Fegato	50.51 ; 50.59	vedi DRG 480 C "Trapianto di fegato"
Pancreas	52.82 ; 52.80	vedi DRG : 191-192 o 292-293
Rene	55.69	vedi DRG 302 C "Trapianto di rene"
Cornea	11.60; 11.64; 11.69	vedi DRG 42 C "Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino"
Osso*	Inserimento in diagnosi secondaria del codice V42,4 "Osso sostituito da trapianto":fra gli interventi dovrà essere segnalato il codice 78.0_(ad esclusione delle sottocategorie 78.04, 78.06, 78.08)	Lit. 3.480.000 da aggiungere alla tariffa DRG specifica

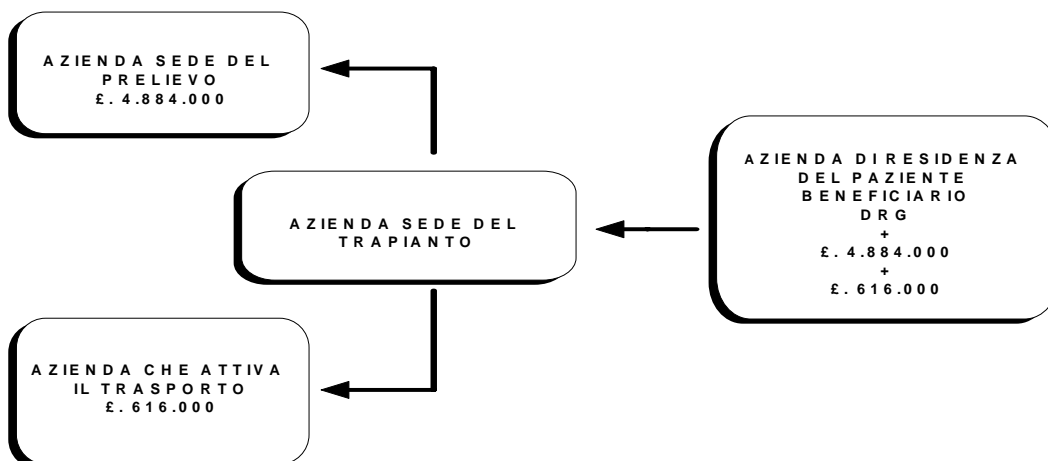
* Per innesto osseo si intende l'impianto di segmenti ossei prelevati, da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni.

Negli schemi seguenti sono evidenziati, rispettivamente, i flussi di addebito ed i flussi di rimborso :

FLUSSO ADDEBITO



FLUSSO DEI RIMBORSI



I flussi informativi che determinano l'emissione degli addebiti sono documentati presso il Centro Regionale Trapianti, che rilascia, su eventuale richiesta, la relativa certificazione probatoria. Sarà compito dello stesso CRT informare le Aziende sede di prelievo dell'avvenuto trapianto di ciascun organo o tessuto.

B.7.4. RICOVERI IN STRUTTURE (PUBBLICHE E CONVENZIONATE) A VALENZA SANITARIA E/O SOCIALE

Rientrano in questa tipologia i ricoveri presso le strutture pubbliche direttamente gestite dalle Aziende USL e quelle convenzionate dalle singole Aziende.

Al riguardo si precisa quanto segue :

A) non sono soggetti a compensazione, ma a fatturazione diretta alla Azienda USL di residenza, gli oneri derivanti dalla permanenza dei **disabili** fisici, psichici e sensoriali nelle strutture socio-sanitarie riabilitative residenziali e semiresidenziali , di cui alla direttiva regionale n. 560/91.

B) non sono parimenti soggetti a compensazione, ma a fatturazione diretta alla Azienda USL di residenza, gli oneri derivanti dalla permanenza di **anziani** non autosufficienti nelle strutture residenziali e semiresidenziali previste dalla legge regionale n.5/94 (art.20) ed in quelle convenzionate ai sensi delle normative regionali vigenti (Delibera di Giunta regionale n. 876/93 e successive modifiche ed integrazioni).

Per gli oneri a rilievo sanitario le strutture erogatrici inviano fattura alle Aziende USL di residenza ed una copia per conoscenza alle Aziende USL di ubicazione territoriale, qualora tali strutture non siano direttamente gestite dalle stesse, mentre per gli oneri sanitari (per assistenza, medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica), sostenuti dalle Aziende USL di ubicazione territoriale, sono queste ultime a trasmettere fattura alle Aziende USL di residenza, sulla base dei costi effettivi.

B 1) Per quanto riguarda l' assegno di cura per anziani non autosufficienti, di cui alla legge regionale n.5/94, si utilizzano procedure simili a quanto indicato per i ricoveri in struttura al punto B. Pertanto, l'Unità di valutazione geriatrica o il Responsabile del Caso dell'effettivo domicilio dell'anziano sono tenuti a prendere contatti preventivi con il Servizio Assistenza Anziani di residenza dell'anziano ed a concordare il piano assistenziale personalizzato, fermo restando che in caso di concessione dell'assegno di cura lo stesso va contabilizzato all'Azienda USL di residenza, secondo le modalità soprarichiamate.

C) sono esclusi sia dalla compensazione che dal pagamento diretto i ricoveri presso strutture residenziali per **soggetti con disturbo mentale** dimessi da ex ospedali psichiatrici, in quanto è previsto un apposito finanziamento regionale alle Aziende USL.

I ricoveri presso i presidi residenziali e semiresidenziali pubblici per soggetti con disturbo mentale non sono soggetti a compensazione, ma a fatturazione diretta da parte delle Aziende USL di ubicazione territoriale dei presidi, nei confronti delle Aziende USL di residenza di tali assistiti.

D) Riguardo ai ricoveri nelle sedi operative pubbliche residenziali e semiresidenziali per **tossicodipendenti**, direttamente gestite dalle Aziende USL, i relativi oneri sono da fatturare direttamente da parte delle predette Aziende USL a quelle di residenza degli assistiti.

Non sono soggette a compensazione, ma a fatturazione diretta da parte degli enti ausiliari nei confronti delle Aziende USL di residenza degli assistiti o delle Aziende USL invianti, per i soggetti senza fissa dimora, gli oneri derivanti dalla permanenza di tossicodipendenti nelle sedi operative convenzionate, gestite da enti ausiliari.

B.7.5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

A) Per l'individuazione delle prestazioni e delle relative tariffe si fa riferimento al Nomenclatore tariffario regionale 1997, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 410 del 25/3/97.

Per lo scambio delle informazioni fra le Aziende su tracciato record viene utilizzato il file "C" (Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE), riportato nella sezione C della presente circolare.

Per la corretta compilazione del codice della prestazione si utilizza il "punto separatore", tranne nei quattro casi contrassegnati nella delibera di Giunta regionale n. 410/97, dalla lettera "I", da includere ad integrazione e specificazione di prestazioni erogate in ambito regionale (codici 87.03.41, 87.11.11, 87.11.21, 87.62.31). Questi ultimi codici, la cui lunghezza con i punti separatori sarebbe superiore alla lunghezza del campo previsto dal tracciato record, diventano, quindi,

870341, 871111, 871121, 876231. Sono stati inoltre inseriti, con note/circolari della Direzione Generale Sanità Prot. n. 19118 del 15/5/98, Prot. n. 23727 del 7/6/98 e Prot. n. 17692 del 22/4/99, successivamente alla citata delibera, 4 nuovi codici: 64.93.01, 88.76.21, 91.38.51, 95.12.01, corrispondenti all'introduzione di prestazioni non incluse nella stessa delibera. Queste sono, rispettivamente: "Separazione di sinechie delle piccole labbra" (Lit. 38.400), "Ecocolordoppler dei grossi vasi addominali" (Lit. 85.000), "Esame citologico di materiale NAS" (Lit.21.600) e "Oftalmoscopia a scansione laser (GDx) (Lit. 90.000). Per questi 4 nuovi codici e per gli altri che eventualmente saranno introdotti, vale la suddetta regola della compilazione senza il "punto separatore".

Inoltre, ai fini della codifica e della corretta identificazione delle prestazioni, nonché per la uniforme interpretazione del Nomenclatore tariffario regionale, occorre attenersi alle indicazioni tecniche fornite dall'Assessorato alla Sanità sulla base dell'attività di coordinamento svolta a livello regionale dal gruppo di lavoro, istituito dall'Agenzia sanitaria regionale, per il controllo di qualità della codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

B) Si conferma, come da precedenti disposizioni, che le prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private accreditate sono da fatturare direttamente all'Azienda USL di residenza del cittadino, sulla base dei contratti di fornitura stipulati. Nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti presso altre Aziende USL, queste non sono assoggettate a compensazione della mobilità sanitaria. In entrambi i casi le fatture saranno accompagnate dai relativi tracciati record, di cui al file "C" riportato nella sezione C della presente circolare.

B.7.6. PRESTAZIONI EROGATE CON LIBERO ACCESSO DELL'UTENTE

a) identificazione dei casi: tale tipologia di prestazioni (odontoiatria, ginecologia, pediatria, oculistica - limitatamente alla misurazione del visus), comprensiva anche di altre prestazioni indicate nella circolare del Ministero della Sanità del 7.2.1994, viene erogata in assenza della richiesta del medico (modulo di prescrizione-richiesta-proposta). E' perciò necessario che da parte di ciascuna Azienda vengano predisposti idonei sistemi di rilevazione di tale tipologia di prestazioni.

b) valorizzazione delle prestazioni: trattandosi di prestazioni specialistiche ambulatoriali la valorizzazione, al netto dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, è effettuata con riferimento a quanto precisato al precedente punto B.7.5.

c) documento probatorio: è costituito dal referto e/o dalla scheda di rilevazione delle prestazioni erogate.

B.7.7. PRESTAZIONI RESE A RICOVERATI DA STRUTTURE DIVERSE DA QUELLE DI RICOVERO DEL PAZIENTE

a) identificazione dei casi: rientrano in questa tipologia prestazioni di alta complessità (procedure invasive ad es. emodinamica, angiografia, angioplastica, coronarografia, ERCP, ecc.) ed altre prestazioni (ad es. biopsia ossea, ecc.), eseguite a seguito di richieste da parte delle strutture ospedaliere presso cui il paziente è ricoverato.

b) valorizzazione delle prestazioni: Tali prestazioni sono remunerate all'interno delle tariffe DRGs e, come tali, sono da fatturare direttamente all'Azienda richiedente, che ha in carico il ricoverato, in considerazione del fatto che quest'ultima riceve il finanziamento del DRGs.

Le relative tariffe saranno quelle ricomprese nel Nomenclatore tariffario regionale 1997, salvo specifici accordi/contratti tra le Aziende sanitarie e tra queste ed altri erogatori.

c) documento probatorio: è costituito dal referto.

B.7.8. PRESTAZIONI CONNESSE AL PRE-RICOVERO

La legge 23 dicembre 1996, n. 662 collegata alla finanziaria per il 1997 prevede all'art. 1, comma 18, che le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso siano remunerate dalla tariffa omnicomprensiva per DRGs relativa al ricovero. Tali prestazioni **non sono da assoggettare a compensazione** nè alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino e non vanno richieste sul modulario del SSN.

L'utente effettuerà pertanto tali prestazioni nella medesima struttura che esegue il ricovero, siano esse strutture pubbliche che private accreditate.

Prestazioni correlate all'intervento chirurgico programmato (pre-operatorie):

a) identificazione dei casi: l'utente potrà effettuare tali prestazioni, come finora avvenuto, anche in strutture diverse da quelle in cui avverrà l'intervento chirurgico. In questo caso le prestazioni stesse sono da fatturare direttamente all'Azienda sanitaria o Casa di cura accreditata, presso la quale l'utente sarà ricoverato, in quanto si configurano come "acquisti di servizi" da parte delle strutture di ricovero e non sono parimenti da assoggettare alla partecipazione alla spesa del cittadino.

Al fine di agevolare l'individuazione dell'Azienda sanitaria o Casa di cura di ricovero alla quale fatturare, occorre che le stesse richiedano direttamente su loro carta intestata le prestazioni connesse al ricovero programmato, con l'indicazione della data presumibile di ricovero.

b) valorizzazione delle prestazioni: in carenza di appositi contratti/convenzioni ad hoc, ai fini della fatturazione si fa riferimento alle tariffe del Nomenclatore tariffario regionale 1997, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 410 del 25/3/97.

c) documento probatorio: è costituito dalla richiesta di prestazioni connesse all'intervento chirurgico programmato effettuata dalla struttura che esegue lo stesso ricovero.

B.7.9. PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE

Si precisa che non vanno a compensazione, in quanto comprese nella tariffa DRG specifica, la prima visita post-dimissione e le prestazioni diagnostico/terapeutiche erogate dall'ospedale in forma ambulatoriale, finalizzate al completamento dell'iter diagnostico e terapeutico iniziato in degenza, in conformità a quanto indicato nella lettera di dimissione, così come evidenziato nella deliberazione di Giunta regionale n.1296 del 27/7/98.

B.7.10. PRESTAZIONI DIALITICHE E DIAGNOSTICO-STRUMENTALI AD ESSE CONNESSE

a) identificazione dei casi: Si tratta di prestazioni gratuite, ripetute ciclicamente, senza presentazione di richiesta del medico e che non danno luogo a refertazione.

La casistica comprende sia pazienti programmati, per i quali ogni Azienda erogatrice conosce l'identità, il Comune di residenza ed il numero di cicli effettuati, che pazienti occasionali (in genere turisti) in regime ordinario, con esclusione, quindi, delle prestazioni erogate all'interno di specifiche convenzioni o in regime libero-professionale.

Al fine di rendere meno gravoso il lavoro di rilevazione per i medici interni che dovrebbero compilare impegnative per ogni prestazione diagnostico-strumentale connessa alla dialisi, si ritiene opportuno che per ogni paziente programmato venga fornito un dato cumulativo, comprendente il totale delle varie tipologie di prestazioni (sia dialitiche che diagnostico-strumentali ad esse connesse, ad es. ECG, esami Rx-torace, ecc.) erogate nel corso del trimestre. Si fa presente che la rilevazione della singola prestazione dovrà continuare ad essere effettuata all'interno delle unità operative di dialisi e resa disponibile per eventuali contestazioni.

Al fine di una corretta interpretazione di ciò che è da includere, o da escludere dai trattamenti dialitici e, quindi, da assoggettare o meno a compensazione finanziaria, si precisa

quanto segue, in accordo con quanto recentemente proposto dalla Sezione Emiliano - Romagnola della Società Italiana di Nefrologia (SIN), supportato dal gruppo di lavoro regionale per il controllo di qualità della codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale :

- Trattamenti dialitici (cod.39.95.1, 39.95.2, 39.95.3, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, 54.98.1, 54.98,2)

Le tariffe comprendono tutte le manovre e le medicazioni relative ai trattamenti stessi (puntura arteriosa e venosa della FAV, connessione di cateteri, prelievi ematici e peritoneali, ecc.).

Le prestazioni laboratoristiche necessarie per la diagnosi di patologie acute che si manifestino nel corso o al termine della seduta dialitica (esami urgenti) sono incluse nella tariffa.

- Sono, viceversa, da escludere (conteggiandole separatamente) le terapie farmacologiche (Eritropoietina, Vitamina D, ecc.) e gli esami diagnostici (screening periodici, markers virali, ecc.) non direttamente correlati alla prestazione dialitica. Per quanto riguarda i farmaci connessi al trattamento dialitico si rimanda al file "F" Somministrazione diretta farmaci.

Il flusso informativo per tale tipologia di pazienti andrà comunicato nel tracciato record (File "C" dell'attività specialistica ambulatoriale) indicando le diverse tipologie di prestazioni, sia dialitiche che diagnostico-strumentali.

Nessun flusso informativo è dovuto per le dialisi effettuate in regime di ricovero, essendo queste ricomprese nei DRGs di dimissione.

b) valorizzazione delle prestazioni: trattandosi di prestazioni specialistiche ambulatoriali la valorizzazione è effettuata con riferimento al Nomenclatore tariffario regionale 1997, di cui alla delibera di Giunta regionale n.410 del 25/3/97.

c) documento probatorio: è costituito dalla cartella/scheda dialisi del paziente, in uso presso le unità operative di dialisi.

B.7.11. PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO NON SEGUITE DA RICOVERO

a) identificazione dei casi : gli accertamenti specialistici conseguenti all'accesso in Pronto Soccorso, siano essi visite specialistiche o accertamenti diagnostici, sono da considerare come prestazioni di specialistica ambulatoriale e quindi da assoggettare a compensazione.

b) valorizzazione delle prestazioni : Le visite e gli accertamenti diagnostico-strumentali vanno valorizzati con le tariffe del Nomenclatore tariffario regionale 1997, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 410 del 25/3/97, al netto dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, in attesa di definire pacchetti di prestazioni relativi all'attività di Pronto Soccorso.

c) documento probatorio: è costituito dalla scheda individuale di rilevazione per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso.

B.7.12. FARMACEUTICA

a) identificazione dei casi : per ciascuna prescrizione vanno rilevati gli elementi identificativi indicati nel tracciato record File "D" (attività FARMACEUTICA).

b) valorizzazione delle prestazioni : è pari al prezzo determinato sulla base del quadro normativo vigente, al netto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria.

c) documento probatorio : è costituito dal modulo di prescrizione.

B.7.13 SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI

Si identificano per il settore le stesse codifiche e tipologie di prestazioni elencate per la mobilità interregionale al punto A.6.4., per le quali deve essere utilizzato il File "F" al fine del rimborso dei farmaci.

Si precisa, tuttavia, che, differentemente da quanto indicato per la mobilità interregionale allo stesso punto il "Piano sangue e plasma 1998/2000 della Regione Emilia Romagna", di cui alla nota prot. 52935/DIR del 31/12/1998 prevede che: "nessun addebito è effettuato a carico del cittadino per sangue o emoderivati; la fatturazione, in attesa di diverse disposizioni nazionali e/o regionali, è effettuata direttamente all'Azienda U.S.L. di residenza dell'interessato e quindi non compresa nella compensazione; tale fatturazione comprende anche le prove di compatibilità da addebitarsi secondo le tariffe della delibera di Giunta Regionale n. 410/97. Invece, la prestazione trasfusionale (Cod. 99.07.1) è regolamentata dalla normativa sulla compensazione, compresa l'eventuale quota di partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

L'invio dei dati relativi al settore della somministrazione diretta dei farmaci dovrà essere effettuato alla data di somministrazione del farmaco, nello specifico trimestre, o alla chiusura della cartella clinica ambulatoriale o del ricovero in Day Hospital, a fine ciclo, entro e non oltre il 31 dicembre. Le Aziende sono tenute ad inviare tracciati record che, a fianco di ogni data di somministrazione, riportino il farmaco somministrato. Di conseguenza NON è consentito inviare un unico importo ottenuto moltiplicando il numero dei record per ogni somministrazione.

B.7.14. MEDICINA DI BASE

La compensazione riguarda i casi di "scelta in deroga" e di iscrizione temporanea dei domiciliati.

a) identificazione dei casi : l'Assessorato alla Sanità continuerà a fornire alle Aziende USL, su idoneo supporto, con periodicità mensile, un riepilogo articolato per Azienda debitrice e creditrice e per distretto.

b) valorizzazione delle prestazioni : la compensazione è effettuata dalla Regione per quota capitaria spettante al medico per i propri assistiti, secondo convenzione, per ciascun mese di scelta.

d) documento probatorio : è il modello (A1) di scelta del medico, firmato dall'utente e conservato agli atti dell'Azienda USL ove è avvenuta la scelta.

B.7.15. PRESTAZIONI TERMALI

a) identificazione dei casi : Per l'identificazione dei codici delle prestazioni termali si rinvia alle circolari regionali n. 14 del 6/6/1997 e n. 4 del 15/6/98.

Si specifica che il campo "Az. ULSS/Az. Osp inviante", obbligatorio per la mobilità interregionale, non va compilato per la mobilità infraregionale.

Le fatture ed i relativi tracciati record, da trasmettere all'Azienda USL di residenza dell'utente andranno inviati per conoscenza anche all' Azienda USL di ubicazione territoriale dello stabilimento termale.

Gli stessi stabilimenti termali sono tenuti altresì a trasmettere all'Agenzia Sanitaria Regionale il Modello "A/BIS" riepilogativo delle prestazioni rese nel corso del trimestre di riferimento.

b) valorizzazione delle prestazioni : le prestazioni termali saranno valorizzate secondo le vigenti tariffe.

c) documento probatorio : è costituito dal modulo di prescrizione-proposta

B.7.16. PRESTAZIONI EROGATE A SEGUITO DI INFORTUNI SUL LAVORO

Le prestazioni erogate da presidi pubblici a seguito di infortunio sul lavoro, a pazienti residenti in ambito territoriale diverso da quello della struttura che ha fornito la prestazione, sono soggette alla compensazione della mobilità, in quanto la casistica può rientrare nell'ambito delle prestazioni specialistiche e di ricovero addebitate tramite i tracciati record File "C" ed "A". Tale disposizione sostituisce la modalità prevista nella precedente circolare n.9/97, che stabiliva la fatturazione diretta all'Azienda USL di residenza, poiché la stessa fatturazione, come segnalato da varie Aziende, ha comportato difficoltà di rilevazione e di carattere organizzativo di un certo rilievo.

B.7.17. PRESTAZIONI EROGATE A DETENUTI

Si confermano le indicazioni fornite con la precedente circolare n.9/97, conformi alla normativa nazionale (parte seconda, punto 7 del D.P.R. 24.12.1992 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria").

Secondo tali indicazioni, le prestazioni a detenuti che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie del Servizio sanitario penitenziario sono a carico del Servizio sanitario nazionale . Di conseguenza :

- fino all'emanazione della sentenza definitiva per il detenuto, l'onere delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale va addebitato alla Azienda USL nel cui ambito territoriale è ricompreso il comune ove il detenuto aveva la residenza al momento della carcerazione ;

- una volta passata in giudicato la sentenza, l'onere predetto va addebitato alla Azienda USL nel cui ambito territoriale insiste il carcere.

Si rimanda, inoltre, al decreto legislativo che sarà emanato in attuazione della legge 30 novembre 1998, n.419 di "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un Testo Unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", relativamente alla nuova disciplina dell'assistenza penitenziaria, prevista in carico al Servizio Sanitario Nazionale.

Le indicazioni sopra fornite valgono anche per la mobilità interregionale, in quanto materia regolamentata da normativa nazionale.

La disciplina dei rapporti in materia di assistenza sanitaria tra le Aziende USL e gli Istituti penitenziari è regolata in base alle convenzioni previste dal Protocollo d'intesa tra il Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione Emilia-Romagna, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n.279 del 10/3/1998 (parte prima punto C e parte seconda punto C).

B.7.18. PRESTAZIONI EROGATE AI MILITARI DI LEVA ED AGLI OBIETTORI DI COSCIENZA

Si confermano le indicazioni fornite con la precedente circolare n.9/97, conformi alla normativa nazionale (parte seconda, punto 6 del D.P.R. 24.12.1992 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria").

Secondo tali indicazioni le prestazioni a militari di leva che non possono essere assicurate dal Servizio sanitario militare, sono a carico del Servizio sanitario .

Conseguentemente, l'onere delle relative prestazioni erogate va addebitato all'Azienda USL di residenza del militare.

Riguardo agli obiettori di coscienza si rimanda alla legge 8 luglio 1998, n.230, in cui all'articolo 6 si stabilisce che l'assistenza sanitaria è assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale, salvo quanto previsto dall'articolo 9, comma 7.

Le indicazioni sopra fornite valgono anche per la mobilità interregionale, in quanto materia regolamentata da normativa nazionale.

B.7.19. PRESTAZIONI EROGATE A STRANIERI DOMICILIATI ED ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'articolo 32, comma 7, della legge 6 marzo 1998 n. 40 "disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" precisa che, "per gli stranieri obbligatoriamente assicurati al S.S.N., l'iscrizione avviene presso la USL del comune in cui dimorano, secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione. In attesa che venga emanato tale regolamento, le Aziende USL provvederanno all'iscrizione di tutti coloro che producano autocertificazione di effettiva domiciliazione in un comune situato nel territorio di riferimento della Azienda USL o siano in grado di esibire analoga attestazione rilasciata dallo stesso comune".

Gli stranieri, quindi, che risultino domiciliati ed iscritti al SSR sono da considerare, ai fini dell'attribuzione degli addebiti di mobilità, come residenti nell'Azienda USL di effettiva dimora. Pertanto, nel campo "comune di residenza" va indicato il comune di domicilio e di iscrizione al SSR.

Le indicazioni sopra fornite valgono anche per la mobilità interregionale, in quanto materia regolamentata da normativa nazionale.

Si precisa che solo nel caso specifico in oggetto, nei tracciati record dei flussi informativi della mobilità, ad eccezione del settore "degenze", andrà obbligatoriamente indicato, per identificare il paziente, il n° di tessera sanitaria attribuito.

In riferimento ai ricoveri ospedalieri nel campo "onere della degenza" va indicato il codice 1=ricovero a totale carico del SSN. Inoltre, il campo "codice fiscale" andrà compilato obbligatoriamente, come tutti i casi di residenti in Italia, con il codice fiscale ufficiale: in assenza di questo è data alle Aziende l'opportunità di calcolarlo con l'apposita routine software.

B.7.20. AZIONI DI RIVALSA NEI CASI DI RESPONSABILITÀ CIVILE DA PARTE DI TERZI IN SEGUITO A RICOVERO DELL'INFORTUNATO FUORI DALL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA

Nel ricordare che le rimesse ospedaliere collegate ad incidenti stradali tra veicoli, trovano copertura da quanto previsto nell'art. 8 della legge 7.8.82, n. 526, si precisa che l'azione di rivalsa, in applicazione delle disposizioni che regolano la mobilità sanitaria, dovrà essere attivata dall'Azienda USL di residenza.

Pertanto, le Aziende sanitarie ubicate in ambito territoriale diverso da quello dell'Azienda USL di residenza del paziente sono tenute a segnalare a detta Azienda il ricovero avvenuto per fatto traumatico, esclusivamente nei casi da cui possa derivare azione di rivalsa per condotta colposa o dolosa di un terzo responsabile.

*La segnalazione del ricovero deve essere effettuata tramite il **Modello "D"** (Allegato n.5) già riportato nella precedente circolare n.9/97, e trasmessa al competente Ufficio "Spedalità" o similare dell'Azienda USL di residenza del traumatizzato stesso.*

Sarà cura di tale Ufficio compiere l'istruttoria necessaria per accertare l'esistenza o meno di responsabilità civile da parte di terzi, acquisendo direttamente, qualora la struttura di ricovero non avesse già provveduto, la dichiarazione dell'interessato o di chi per lui, utilizzando la modulistica

specificatamente predisposta all'interno di ciascuna Azienda, al fine di esperire i successivi passi per il recupero delle spese di ospedalità nei confronti di terzi responsabili. E' evidente che ove non esista coincidenza tra USL di residenza ed ubicazione della struttura di ricovero, la documentazione in possesso di quest'ultima andrà trasmessa a quella titolare dell'azione di rivalsa.

Si fa presente che la mancata segnalazione dell'evento traumatico da parte della struttura di ricovero può essere oggetto di contestazione dell'addebito dei DRGs, in quanto potrebbe verificarsi un danno economico per l'Azienda USL di residenza.

B.7.21. PRESTAZIONI DI ELISOCORSO E DI TRASPORTO CON AMBULANZA

Per quanto riguarda l'attività di elisoccorso, nell'anno 1999 è stato assegnato un apposito finanziamento regionale alle Aziende sanitarie di riferimento e, pertanto, tale attività è stata esclusa dalla compensazione infraregionale. Per i trasporti effettuati tramite ambulanza non è stato previsto nell'ambito del progetto Emergenza nessun finanziamento : in attesa di definire apposite tariffe regionali sono possibili, al momento, solo accordi a livello locale.

Per quanto concerne i trasporti sanitari non urgenti dei pazienti ricoverati (tra stabilimenti ospedalieri), tale costo, a carico dell'Azienda sanitaria richiedente, è già ricompreso nella tariffa DRGs e, come tale, non è soggetto a compensazione né a fatturazione diretta.

Nel tracciato record File "G" (posizione 131-147-157-158-168-170) i relativi campi sono da interpretare secondo le specificità del settore e, pertanto, si precisa quanto segue :

1) Posizione 131 - Numero registro

Deve intendersi il numero dei documenti probatori indicati al punto A.6.7. della presente circolare.

2) Posizione 147 - Progressivo riga per ricetta

Non essendo prevista la compilazione della ricetta, deve intendersi progressivo di prestazione per il trasporto. Per ogni trasporto sono previsti almeno due record : il progressivo 01 dove sono indicati i dati delle prestazioni ed il progressivo 99 dove sono da indicare il totale prestazioni.

3) Posizione 157 - Codifica nomenclatore e Posizione 158 - Codice prestazione

Per le attività di trasporto effettuate in ambito di trapianto le prestazioni sono quelle indicate nella delibera regionale di determinazione delle tariffe n. 732 del 18 maggio 1999.

4) Posizione 168 - Posizione dell'utente nei confronti del ticket

Non essendo previsto ticket, nel campo 168 va riportato il codice 1 = esente totale.

5) Posizione 170 - Importo ticket

Nel campo 170 va indicato il valore 0.

Nel caso in cui, intervenuti i mezzi di soccorso, il paziente rifiuti un trasporto in ambulanza o in elisoccorso, non essendo possibile rilevare il codice fiscale o sanitario, nonché il comune di residenza non è ammesso ricorrere né alla compensazione finanziaria né alla fatturazione, in quanto manca l'elemento identificativo del soggetto per il quale si può effettuare l'addebito. Pertanto, il trasporto rimane a carico dell'Azienda che lo ha effettuato.

Relativamente alle attività di trasporto di pazienti in ambulanza, solo se non seguiti da ricovero, si fa presente che in considerazione della complessità del servizio, dovuta principalmente all'eterogeneità delle modalità di impiego dei fattori produttivi (ad es. impiego di personale convenzionato), della casistica molto limitata, non si ritiene opportuno, al momento, individuare delle tariffe a livello regionale. Di conseguenza, la compensazione sarà effettuabile solo qualora vengano definite specifiche tariffe regionali.

Relativamente all'attività di trasporto in ambulanza di organi per trapianto le relative tariffe sono quelle individuate con delibera di Giunta regionale n. 732 del 18 maggio 1999.

Allegato n. 1**MODELLO "A"**

Intestazione e codice ministeriale Azienda creditrice
 NOTA n. _____ del _____

All'Azienda
 (riportare l'intestazione, l'indirizzo ed il
 cod. ministeriale dell'Azienda debitrice)

Alla Regione Emilia-Romagna
 Agenzia Sanitaria Regionale
 Viale A.Moro, 38 Bologna

Riepilogo degli addebiti per "mobilità sanitaria" (valori in **migliaia di lire**)
 Periodo di addebito _____ 19 _____

Codice	Attività	N. Prestazioni *	Corrispettivo	Importo contestazioni risolte (+/-)	TOTALE
1	FARMACEUTICA				
2	SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI				
3	MEDICINA DI BASE				
4	SPECIALISTICA				
5	DEGENZE (Ricoveri ordinari, day- hosp., lungodegenza, riabilitazione, psichiatria)				
	Totale generale				

* Per n° di prestazioni si intende : per i codici 1,2 il n. delle ricette, per il codice 3 il n. dei mesi di scelta, per il codice 4 il n. prestazioni e per il codice 5 il n. dei ricoveri.

Il Direttore Generale

Denominazione dello stabilimento termale

Alla Regione Emilia-Romagna
 Agenzia Sanitaria Regionale
 Viale A.Moro, 38 Bologna

Riepilogo degli addebiti per "mobilità sanitaria" (valori in *migliaia di lire*)
 Periodo di addebito _____ 19_____

Codice	Attività	N. Prestazioni **	Corrispettivo	Importo contestazioni risolte (+/-)	TOTALE
1	TERMALE *				
	Totale generale				

* Da compilarsi ai soli fini conoscitivi.

** Per n° di prestazioni si intende il numero dei cicli.

Il Direttore Sanitario

ALLEGATO N.3

MODELLO "B"

Intestazione e codice ministeriale Azienda debitrice

Alla Regione Emilia-Romagna
Agenzia Sanitaria Regionale
Viale Aldo Moro, 38
Bologna

All'Azienda
(Riportare l'intestazione, l'indirizzo ed il
codice ministeriale dell'Azienda creditrice)

CONTESTAZIONI ACCETTATE DALLA AZIENDA CONTESTATA

ANNO DI RIFERIMENTO:		
SETTORE DI RIFERIMENTO (Degenza, Day Hospital, Somm.Farmaci, Specialistica, Farmaceutica)^a		
<i>Descrizione cause di contestazione</i>	<i>No.casi</i>	<i>Importo</i>

a: Si ricorda che è necessario compilare un modello per ogni settore

Il Direttore Generale

Allegato n. 5

MODELLO "D"

Intestazione e codice ministeriale Azienda di ricovero

All'UFFICIO "SPEDALITA' "
DELL'AZIENDA USL di
residenza dell'infortunato

Si comunica che l'assistito _____
nato il _____ residente in Via _____
Comune di _____
è stato ricoverato nel Reparto _____
dell'Ospedale di _____
nel periodo : dal _____ al _____
a seguito di infortunio per _____

(Il motivo dell'infortunio, così come previsto dal punto 15 della Scheda nosologica individuale, va indicato solo per i casi di cui ai punti 15.4 opera terzi (es. lite, rissa, aggressione, violenza) - 15.6 morso animale (e similari) - 15.7 incidente sportivo - 15.8 intossicazione (alimentare) - 15.9 altro)

Si allega copia della Scheda nosologica individuale ed eventuale copia della dichiarazione resa dall'infortunato o da chi per lui.

Il presente ricovero viene notificato ai fini di una verifica sul diritto all'azione di rivalsa per eventuale condotta colposa o dolosa di terzi ; diritto che dovrà eventualmente essere attivato da codesta Azienda USL in considerazione delle norme che regolano la mobilità sanitaria.

Data

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE
(Timbro e firma leggibile per esteso)

AZIENDA USL/OSPEDALIERA DI.....

RIEPILOGO CONTRATTI DI FORNITURA DI PRESTAZIONI SANITARIE

Mobilità Infraregionale Attiva - Anno 1998					
Azienda UsI debitrice	Ricoveri Ordinari e D.H.	Specialistica e P.S. non seguito da ricovero	Somministrazione diretta di farmaci	Medicina di base e pediatria	Farmaceutica Convenzionata
TOTALE £.					

Mobilità Infraregionale Passiva - Anno 1998					
Azienda UsI creditrice	Ricoveri Ordinari e D.H.	Specialistica e P.S. non seguito da ricovero	Somministrazione diretta di farmaci	Medicina di base e pediatria	Farmaceutica Convenzionata
TOTALE £.					

Note:

Vanno indicati unicamente gli importi relativi ai contratti di fornitura tra Aziende sanitarie pubbliche.

Nel caso in cui gli accordi prevedano importi non distinti per settore, si dovrà comunque procedere ad una scomposizione degli importi stessi.

C) TRACCIATI RECORD E LISTA DEGLI ERRORI CONTESTABILI PER LA MOBILITA' SANITARIA INFRA ED INTERREGIONALE

Modifiche ai tracciati record

Per automatizzare buona parte della gestione delle contestazioni si rendono necessarie alcune modifiche ai tracciati record utilizzati per la compensazione della mobilità. In particolare occorre avere la possibilità di codificare gli errori e di avere una chiave per l'individuazione dei record in tutti i tracciati (attualmente tale chiave manca per la scarsa attendibilità del campo numero ricetta). I tracciati allegati sostituiscono quelli della Circolare Ministero della Sanità n. 100/97. Rimangono invariate le specifiche sui nomi dei flussi. Tali tracciati sono da utilizzare a partire dai dati relativi alle prestazioni erogate nel 1999.

Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record

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

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 ANONIMO sia nel cognome che nel nome per tutti i settori oggetto di compensazione, ad esclusione del settore degenze);
- 3) Codice sanitario regionale.

Questi campi sono generalmente accompagnati dalla indicazione 'V' a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

IMPORTO

Fino alla definitiva adozione dell'euro, gli importi devono essere in lire e arrotondati alla lira. Si specifica inoltre che:

se il campo Importo totale (nel caso di file con gruppi ricetta si intende Importo totale della riga 99) risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque così dovrà essere considerato dalla Regione/Azienda ricevente;

se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni a riguardo per la nota in esame o per l'intero gruppo ricetta.

OBBLIGATORIO - codice OBB

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

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto e il dato è stato rilevato, ma che possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri se numerici) in assenza dell'evento o di rilevazione del dato.

Ad esempio, nel tracciato delle prestazioni ospedaliere, i campi relativi all'individuazione degli interventi chirurgici saranno ovviamente vuoti nel caso di ricoveri di tipo non chirurgico. Nel

caso in cui un campo così definito abbia indicato anche 'V', se valorizzato rientra nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

FACOLTATIVO - codice FAC

Sono i campi che possono anche non essere riempiti nel tracciato di scambio interregionale per la compensazione della mobilità, ma i cui dati sono spesso rilevabili dai sistemi informativi locali (ad esempio già presenti nel tracciato di Dimissione Ospedaliera) e presentano specifico interesse informativo delle Regioni. La loro compilazione, pertanto, viene considerata un debito informativo interregionale, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

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

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

I campi **data** sono sempre del tipo **GGMMAAAA**; se mancanti, valorizzati con **spazio**.

La tabella di seguito riportata evidenzia i valori da assegnare al campo **Codifica Nomenclatore** in base alla Regione e Provincia autonoma per i File 'C', 'E', 'G'.

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

Lista degli errori contestabili

Si precisa che la seguente lista degli errori per il settore delle degenze viene riportata solo a fini conoscitivi, in quanto base per le procedure di contestazione tra le Regioni.

Errori sui singoli record di ciascuna Attività

Premessa

Quanto di seguito esposto contiene l'elenco esaustivo, la definizione e la modalità di rilevazione degli errori per i quali si potrà muovere contestazione.

Tutti gli errori di seguito elencati che interessano Settori con gruppo ricetta (flussi 'C', 'D', 'E', 'F', 'G') e che interessano campi comuni a tutte le righe del gruppo ricetta, compresa la '99' (per esempio l'identificativo assistito, il comune di residenza, etc.) devono essere segnalati su tutte le righe del gruppo ricetta stesso, compresa la '99'. Tale scelta è stata effettuata al fine di garantire la uniformità di comportamento delle Regioni a riguardo e la possibilità di elaborazioni di tipo statistico, ad esempio, sulle percentuali di errori presenti per tipo di errore, senza ambiguità di interpretazione.

Errori anagrafici (ERR01).

Definizione dell'identificativo utente

Per l'individuazione dell'utente è sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: (i) codice fiscale; (ii) cognome, nome e data di nascita; (iii) codice sanitario regionale. Si precisa che nel caso (ii) per i flussi laddove la data di nascita rimane non rilevabile dalle ricette o non è prevista dai tracciati (Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica esterna e Medicina di base) è sufficiente il cognome e nome.

Si verifica errore nei seguenti casi:

1= *Identificativo utente assente o errato*

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita.

Per identificativo errato si intende: il codice sanitario che non sia riferito ad un codice della Regione/Azienda che riceve l'addebito, il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche (es. XX), la data di nascita formalmente scorretta. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. In definitiva, questo tipo di errore sta a significare che tutti e tre gli identificativi sono formalmente scorretti.

Si precisa che 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 per tutti i settori oggetto di compensazione, ad esclusione del settore delle degenze.

2= *Cittadino non riconoscibile come proprio residente.*

In linea di principio e tendenzialmente la verifica va fatta sui residenti della Regione/Azienda che riceve l'addebito. Questo controllo, altamente problematico per la difficoltà dell'aggiornamento delle anagrafi degli assistiti e per le disparità fra i vari sistemi informativi, è tuttavia sostanziale dal punto di vista della compensazione. Tenendo conto delle difficoltà, le Regioni/Aziende si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La procedura per l'accertamento dell'assenza di un cittadino nell'anagrafe degli assistiti deve effettuare la ricerca su ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Questo significa, ad esempio, che 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 è possibile effettuare la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record non può essere contestato. E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo per accertare la presenza del cittadino nell'anagrafe degli assistiti.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, si ritiene che le ricerche nelle anagrafi degli assistiti non debbano essere legate alla data di erogazione della prestazione, ma solamente all'anno di riferimento della prestazione.

Pertanto le Aziende debtrici non possono contestare gli addebiti qualora :

- gli utenti, residenti presso la AUSL debitrice al 1° gennaio, risultino, nel corso dell'anno, trasferiti ad altra Azienda
OPPURE
- gli utenti, non residenti presso la AUSL debitrice al 1 gennaio, si siano trasferiti, nel corso dell'anno, da altra Azienda.

I controlli 1 e 2 sopra scritti valgono per tutti i flussi in esame.

Errori sulla residenza (ERR02)

Si verifica errore nei seguenti casi:

1= Codice comune di residenza mancante o errato

(cioè il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano). Si precisa che questa regola vale per tutti i settori oggetto di compensazione ad esclusione della farmaceutica, in quanto nel modulo di prescrizione/proposta (ricetta) non è espressamente prevista la rilevazione del comune di residenza.

In attesa di modifiche al ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, è da considerarsi come dato minimo obbligatorio quello della Provincia a partire dalle prescrizioni erogate nel 1999 per la farmaceutica (flusso D), con congruenza con la Regione/Azienda a cui è inviato l'addebito.

2= Comune di residenza non appartenente a Regione (Mobilità extra)/ Azienda (Mobilità infra) che riceve l'addebito

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione/Azienda che riceve l'addebito. Per i flussi C e D il controllo andrà effettuato sulle prestazioni del 1999 e per la farmaceutica (flusso D) il controllo sarà limitato alla provincia.

Errori sulla prestazione (ERR03)

Per il flusso 'A' delle SDO si verifica errore nei seguenti casi

1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa

Deve essere valorizzato il campo DRG con uno dei valori previsti dalla versione 10.0 dell'HCFA Grouper secondo codifica della tabella delle tariffe ministeriali

2= DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito

La determinazione andrà fatta utilizzando il Grouper HCFA 10.0 con le tabelle ICD9-CM valide per il 1993 o utilizzando le tabelle di transcodifica ministeriali se si parte dalla codifica in

ICD9 per le diagnosi. Il passaggio a nuove versioni di codifica e versioni Grouper avverrà sulla base dei provvedimenti ministeriali in vigore al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

3= *Importo DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito*

Si potrà effettuare questo controllo solo a partire dalle dimissioni effettuate nel 1999 in base al tariffario vigente per la compensazione interregionale.

Per il flusso 'D' della farmaceutica si verifica errore nei seguenti casi:

1= *Codice farmaco non valorizzato o non esistente su tabella relativa*
(codice MINSAN10)

Per il flusso 'F' della somministrazione diretta si verifica errore nei seguenti casi:

1= *Codice farmaco non valorizzato o non esistente su tabella relativa* (codice MINSAN10)
oppure non valorizzati o non corretti i codici per i preparati galenici, le terapie iposensibilizzanti e l'ossigeno

Per i flussi 'E', 'C' 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 le prestazioni erogate nel 1999 che hanno una codifica regionale il campo **Codifica nomenclatore** potrà assumere i valori evidenziati nella tabella allegata ai tracciati.

Errori sull'erogatore (ERR04)

Non vengono più considerati contestabili i codici delle strutture erogatrici, ferma restando la loro obbligatorietà ove indicato nei tracciati record.

Errori sulla chiave del record (ERR05).

Definizione della chiave dei record

Esistono errori che rendono il record privo di chiave all'interno del periodo di riferimento dei dati e della Regione/Azienda inviante. L'introduzione del campo ID si è reso necessaria per poter identificare in modo univoco i record nelle varie fasi di scambio e controllo. In particolare l>ID risolve il problema della mancanza del numero di ricetta o numeri di ricetta erroneamente duplicati. Per tutti i flussi con righe/record (C, D, E, F, G) l>ID deve essere ripetuto su tutte le righe/record dello stesso gruppo prescrizione.

Per il flusso 'A' il campo ID, pur non essendo parte della chiave, deve essere sempre valorizzato e sarà utile nell'identificazione delle eventuali SDO con chiave erroneamente duplicata.

Il campo **Anno di competenza (AA)** contenuto nel nome del file (vedi tracciati), e **Regione/Azienda addebitante** fanno parte della chiave per tutte le attività.

Gli ulteriori altri campi chiave sono:

Flusso A (SDO)	Istituto, Scheda Nosologica
Flusso B (Medicina generale)	Azienda, Id
Flusso C (Specialistica)	Azienda, Id, Prog-Riga
Flusso D (Farmaceutica)	Azienda, Id, Prog-Riga
Flusso E (Cure Termali)	Azienda, Id, Prog-Riga
Flusso F (Somministrazione diretta)	Presidio Erogatore, Id, Prog-Riga
Flusso G (Trasporti con ambul.ed elisoc.)	Azienda, Id, Prog-Riga

Si verifica errore nei seguenti casi:

- 1= *Record privo di chiave*. Se uno dei campi componenti la chiave risulta essere non valorizzato
- 2= *Record doppio*. Si riscontra quando un record ha la chiave duplicata
I controlli seguenti sono validi solo per i Flussi aventi gruppo ricetta ('C', 'D', 'E', 'F', 'G')
- 3= *Mancanza righe di dettaglio* (righe zn) da segnalare sulla riga '99'
- 4= *Mancanza riga Totale* (righe 99) da segnalare su tutte le righe 'zn'.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo **Importo** si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- 1= Se il campo Importo totale (nel caso di file con gruppi ricetta si intende Importo totale della riga 99) risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque così dovrà essere considerato dalla Regione/Azienda ricevente.
- 2= Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni a riguardo per la nota in esame o per l'intero gruppo ricetta.

Per il flusso 'A' delle SDO si verifica errore nei seguenti casi:

- 1= *Importo non valorizzato* come numerico (lo spazio viene assunto come 0).
- 2= *Data di ricovero* assente o formalmente errata e/o data di dimissione assente o formalmente errata e/o data di dimissione minore della data di ricovero
- 3= *Numero accessi in caso di DH* non valorizzato come numerico o uguale a zero, o differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH'
- 4= *Reparto dimissione* non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento)
- 5= *Regime di ricovero* non valorizzato o non nel dominio previsto
- 6= *Modalità di dimissione* non valorizzata o non esistente nel dominio
- 7= *Verifica contemporanea di condizioni* che generano più di un errore di quelli elencati in precedenza.

Per il flusso 'B' della Medicina Generale si verifica errore nei seguenti casi:

- 1= *Importo non valorizzato come numerico*

Per i flussi 'E', 'C', 'D', 'F', 'G' 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'

Errori sulla quantità (ERR07)

Per i flussi 'B', 'C', 'D', 'F', 'E', 'G' si verifica errore nei seguenti casi:

- 1= *Quantità non valorizzato o non numerico*. Per i flussi con righe ricetta il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.
- 2= *Solo per file 'B'*. Se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

Definizione della data della prestazione

La data della prestazione è da intendersi come:

Data di dimissione	per il flusso 'A'
Data di cessazione assistenza	per il flusso 'B'
Data di effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo	per il flusso 'C'
Data di erogazione farmaco o per cicli la data di chiusura ciclo	per i flussi 'D' e 'F'
Data termine cura	per il flusso 'E'
Data di effettuazione della prestazione	per il flusso 'G'

Si verifica errore nei seguenti casi:

Per tutti i flussi, se data della prestazione assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza.

Errori sull'onere della prestazione (ERR09).

- 1= Importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 3,4,9)
- 2= Onere degenza assente o errato.

Errori sulla regione iniziale di addebito (ERR10)

- 1= Codice Regione assente o errato in caso di posizione contabile = 3 (Mobilità extra)
Codice Azienda assente o errato in caso di posizione contabile = 3 (Mobilità infra)

Tracciato record File "A" (attività RICOVERI ORDINARI e DAY HOSPITAL)

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice Regione o Provincia Autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB V
39	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
69	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
89	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
105	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
121	Sesso utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
122	Data di nascita utente	Data	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
130	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB V
136	USL di iscrizione	AN	3	Deve intendersi USL di residenza.	FAC
139	Regime di ricovero	AN	1	1=Ricovero ordinario, 2=Ricovero in Day Hospital	OBB V
140	Data di ricovero	Data	8	Formato GGMMAAAA. Nel caso di ricovero in Day Hospital va indicata la data del primo accesso del ciclo di trattamento.	OBB V
148	Onere della degenza	AN	1	I codici validi sono: 1=ricovero a totale carico del SSN, 2= ricovero a carico del SSN con spese alberghiere a carico del paziente (con questo valore possono essere inviati i casi relativi a libera professione intramuraria ad oggi non altrimenti codificabili), 3= assistenza indiretta (il ricovero deve essere valorizzato a <u>importo zero</u>), 4=solvente (il ricovero deve essere valorizzato a <u>importo zero</u>), 9=altro (il ricovero deve essere valorizzato a <u>importo zero</u>)	OBB
149	Tipo di ricovero	AN	1	1=ricovero ordinario, 2= ricovero urgente, 3=ricovero per Trattamento Sanitario Obbligatorio, 4=ricovero per Trattamento Sanitario Volontario. Da compilarsi solo per i ricoveri ordinari	FAC
150	Motivo del ricovero	AN	1	1=intervento chirurgico di elezione, 2=prima diagnosi, 3=ricovero successivo con stessa diagnosi, 9=altro	FAC
151	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	1=infortunio sul lavoro, 2=incidente in ambiente domestico, 3=incidente stradale, 4=violenza altrui, 5=autolesione o tentativo suicidio, 9=altro tipo di incidente	FAC
152	Reparto di dimissione	AN	4	Si deve utilizzare la codifica prevista dai Flussi ministeriali HSP. I primi due caratteri del codice identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera, i secondi due individuano le eventuali divisioni esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una numerazione progressiva	OBB
156	Data di dimissione o morte	Data	8	Formato GGMMAAAA. Nel caso di ricovero in Day Hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso. Convenzionalmente il 31 dicembre viene considerata la data di fine del ciclo.	OBB V
164	Modalità di dimissione	AN	1	1=paziente deceduto, 2=dimissione ordinaria, 3=dimesso presso un istituto di lungodegenza o RSA, 4=dimissione protetta al domicilio del paziente, 5=volontaria, 6=trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti.	OBB V
165	Riscontro autoptico	AN	1	1=con autopsia, 2=senza autopsia	OSP
166	Sistema di codifica diagnosi	AN	1	1= ICD9; 2=ICD9-CM	OBB V
167	Diagnosi principale	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OBB V
172	Diagnosi concomitante 1	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
177	Diagnosi concomitante 2	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
182	Diagnosi concomitante 3	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
187	Data intervento chirurgico principale	Data	8	Formato GGMMAAAA	OSP
195	Intervento chirurgico principale	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
199	Altro intervento o procedura 1	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
203	Altro intervento o procedura 2	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
207	Altro intervento o procedura 3	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
211	Motivo ricovero DH	AN	1	1=primo ciclo per la specifica diagnosi, 2=ciclo successivo per la stessa diagnosi.	FAC
212	Numero giorni in DH	N	3	Numero di accessi nel ciclo di trattamento in day hospital	OSP V
215	DRG	AN	3	Codice DRG, sempre a 3 cifre	OBB V
218	Importo degenza	N	9	Importo del ricovero a carico del SSN	OBB V

227	Posizione contabile	AN	1	Codici 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB
228	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
229	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito	
230	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = DRG non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore 2 = DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito 3 = importo maggiore da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito (in vigore con la tariffa unica)	
231	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
232	ERR05	AN	1	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	
233	ERR06	AN	1	Errori sull'importo e sulla sua determinabilità. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero). Codici: 0 = nessun errore 1 = importo non valorizzato come numerico 2 = data di ricovero assente o formalmente scorretta, e/o data di dimissione assente o formalmente scorretta, e/o data dimissione minore data di ricovero 3 = Se 'Regime di ricovero 2 (D-H) : 'Numero accessi in caso di DH' non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 4 = Reparto dimissione non valorizzato e/o I primi due caratteri del reparto dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento) 5 = Regime di ricovero non valorizzato o non nel dominio previsto 7 = Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 8 = Verifica contemporanea di condizioni che generano più di un errore di quelli elencati in precedenza da 1 a 6 per ERR06	
234	ERR07	AN	1	Valorizzare a 0	
235	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = data dimissione assente o formalmente scorretta o non appartenente all'anno di competenza	
236	ERR09	AN	1	1= importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 3, 4, 9) 2= onere degenza assente o errato	
237	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
238	ID	AN	20	Identificativo record, univoco per l'anno di riferimento	OBB V
258	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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 Posiz. Contab. = '3'

Tracciato record File "B" (attività MEDICINA GENERALE)

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

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Azienda sanitaria inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7	Codice medico erogatore	AN	16	Codice regionale o codice fiscale	FAC
23	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
53	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
73	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
89	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
105	Provincia e comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del comune di residenza	OBB V
111	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
114	Data inizio assistenza	AN	8	Formato GGMMAAAA Per convenzione si stabilisce che questa data non dovrà essere inferiore al 1 Gennaio dell'anno di riferimento in caso contrario sarà assunta come tale.	OBB V
122	Data di cessazione assistenza	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
130	Quantità	N	3	Mensilità di assistenza addebitate	OBB V
133	Importo totale	N	8	Importo totale dell'addebito (mensilità di addebito moltiplicate per la quota mensile di addebito)	OBB V
141	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB
142	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
143	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob.Infra) che riceve l'addebito	
144	ERR03	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
145	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
146	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	
147	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero). Codici: 0 = nessun errore 1 = importo non valorizzato numerico	
148	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico 2 = se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza o data inizio assistenza non valorizzata	
149	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = data di cessazione assente o formalmente scorretta o non appartenente all'anno di competenza	
150	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
151	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
152	ID	AN	20	Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore	OBB V

172	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'
-----	--	----	---	--	--------------------------

Tracciato record File "C" (attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE)

Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali appartenenti al periodo di riferimento quelle che sono avvenute in una data compresa nel periodo e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel periodo. Nel caso le prestazioni di una stessa ricetta siano a cavallo fra la fine di un periodo e l'inizio di un altro, il periodo di appartenenza è determinato dalla data dell'ultima prestazione erogata.

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11	FAC
13	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
59	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
79	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	FAC
120	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente a partire dalle prestazioni erogate nel 1999.	OBB V
126	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro.	FAC
145	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
147	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo .	OBB V
155	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
156	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori	OBB V
163	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB V
166	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente	OBB
168	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
175	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V

183	Posizione contabile	AN	1	<p>Codici 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 Regione/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).</p> <p>Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata;</p> <p>Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.</p>	OBB
-----	---------------------	----	---	---	-----

184	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
185	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore Validi solo a partire dalle prestazioni erogate nel 1999. 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito	
186	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 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)	
187	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
188	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
189	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero) . Codici: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99'	
190	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
191	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)	
192	ERR09	AN	1	Riservato per usi futuri. Codici: 0 = nessun errore	
193	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
194	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
214	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'

Tracciato record File "D" (attività FARMACEUTICA)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo di riferimento le ricette spedite in una data compresa nell'anno.

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	FAC
13	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscole	OIU V
59	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscole	OIU V
79	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	FAC
120	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT della Provincia di residenza in formato XXX000 a partire dai dati del 1999. Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente quando verrà modificata la ricetta	OBB V
126	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129	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
145	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
147	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
155	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco distribuito.	OBB V
165	Quantità	N	3		OBB V
168	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	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB V
177	Importo totale	N	8	Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
185	Posizione contabile	AN	1	Codici 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB

1186	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
187	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore Validi solo a partire dalle prestazioni erogate nel 1999. 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito	
188	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10)	
1189	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
190	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
191	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero). Codici: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99'	
192	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
193	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
194	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
195	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
196	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
216	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'

Tracciato record File "E" (attività CURE TERMALI)

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

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7	Presidio erogatore	AN	6	Codice STS.11	FAC
13	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
59	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
79	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
120	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
126	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129	Diagnosi	AN	5	Codifica ICD-9	FAC
134	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
150	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
152	Data termine cura	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
160	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
161	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
168	Quantità	N	3	Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo	OBB V
171	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	OBB
173	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	OBB V
180	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
188	Posizione contabile	AN	1	Codici 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB

189	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
190	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito	
191	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 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)	
192	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
193	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
194	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero). Codici: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99'	
195	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
196	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
197	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
198	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
199	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
219	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'

Tracciato record File "F" (attività SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI)

Le prestazioni riguardano la somministrazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere, a cittadini non ricoverati.

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario dell'utente	OIU V
97	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131	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
147	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
149	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
157	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco.	OBB V
167	Quantità	N	3		OBB V
170	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	OBB
172	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo del ticket complessivo)	OBB V
179	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
187	Posizione contabile	AN	1	Codici 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB

188	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
189	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito	
190	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 (con esclusione dei vaccini iposensibilizzanti, dei galenici ed ossigeno)	
191	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
192	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga <i>zn</i> senza riga 99	
193	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero) . Codici: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket .riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe <i>zn</i> meno il ticket della riga '99'	
194	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe <i>zn</i>)	
195	ERR08	AN	1	Errori sulle date. Codici: 0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga <i>zn</i>	
196	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
197	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione /Azienda assente o errato	
198	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
218	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'

Tracciato record File "G" (attività TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO)

Le prestazioni riguardano il trasporto per cittadini a cui non segue ricovero ospedaliero.

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lungh.	Note	Codice
1	Regione addebitante	AN	3	Codice regione o provincia autonoma inviante l'addebito	OBB
4	Az. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7	Codice struttura erogatrice	AN	8	Codice regionale struttura erogatrice	FAC
15	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
97	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131	Numero registro	AN	16		FAC
147	Progressivo riga	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
149	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	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBB V
165	Quantità	N	3	1 di default.	OBB V
168	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	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il ticket complessivo)	OBB V
177	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
185	Posizione contabile	AN	1	Codici 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 Regione/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). Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione della Regione/Azienda di residenza.	OBB

186	ERR01	AN	1	Errori anagrafici. Codici: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
187	ERR02	AN	1	Errori sulla residenza. Codici: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione (Mob. Extra)/Azienda (Mob. Infra) che riceve l'addebito a regione che riceve l'addebito	
188	ERR03	AN	1	Errori sulla prestazione. Codici: 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)	
189	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
190	ERR05	AN	1	Errori del record. Codici: 0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
191	ERR06	AN	1	Errori sull'importo. (Da segnalare solo se Importo maggiore di zero). Codici: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99'	
192	ERR07	AN	1	Errori su Quantità . Codici: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
193	ERR08	AN	1	Errori sulla data della prestazione. Codici: 0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
194	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
195	ERR10	AN	1	Errore sulle Regione iniziale di addebito (solo per posizione contabile = 3). Codici: 0 = nessun errore 1 = codice Regione/Azienda assente o errato	
196	ID	AN	20		OBB V
216	Regione iniziale di addebito (Mob. Extra) Azienda iniziale di addebito (Mob. Infra)	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'

D) SPECIFICAZIONI SU ALCUNE PRESTAZIONI E SUI CONTROLLI INTERNI NELLE AZIENDE PER IL SETTORE DEGENZE

D1. Specificazione su alcune prestazioni

MOBILITA' INTERREGIONALE

Prestazioni pre-ricovero effettuate nei casi di mobilità interregionale attiva o passiva

1) Cittadini emiliano-romagnoli con ricovero programmato in strutture fuori regione

Con riferimento alle prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato in strutture fuori regione, **preventivamente eseguite a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna, presso la medesima struttura ospedaliera di ricovero**, si richiama quanto previsto dalla legge n. 662/96 collegata alla Legge Finanziaria per il 1997, e riportato nella circolare n. 15/97, punto b), pag. 4, e cioè: tali prestazioni, essendo remunerate dalla tariffa omnicomprensiva per DRG, non sono da assoggettare a compensazione né a partecipazione alla spesa da parte del cittadino e non vanno richieste sul modulario del SSN. Ovviamente, non è prevista la fatturazione diretta alle Aziende USL delle altre Regioni.

Nel caso di **intervento chirurgico programmato**, qualora le indagini pre-ricovero vengano effettuate a cittadini emiliano-romagnoli nelle strutture dell'Azienda USL di residenza, ma il ricovero sia programmato in strutture ubicate fuori regione, il cittadino è tenuto al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa e la richiesta va formulata su modulario del S.S.N, dovendo essere trattate come normali prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In tale caso è opportuno che le Aziende sanitarie informino il cittadino su quanto previsto dalla normativa nazionale in relazione al pre-ricovero.

Per i cittadini provenienti da altre Regioni per interventi chirurgici programmati in strutture dell'Emilia-Romagna, le prestazioni pre-intervento chirurgico effettuate presso la stessa struttura che ha programmato il ricovero, non comportano il pagamento di alcun ticket, come previsto dalla citata legge n. 662/96. Qualora lo stesso cittadino decida di effettuare le indagini pre-intervento presso la propria Azienda USL di residenza, spetta alle singole regioni di provenienza disciplinare le modalità di erogazione delle prestazioni pre-ricovero e di partecipazione alla spesa per i propri cittadini.

Ovviamente, in mancanza di accordo con le altre Regioni, nulla potrà essere addebitato alla struttura di ricovero dell'Emilia-Romagna.

2) Caso in cui il ricovero programmato non venga più effettuato

In questa evenienza si ritiene che l'onere debba comunque rimanere a carico della struttura richiedente le prestazioni pre-ricovero, in quanto pare difficilmente individuabile la responsabilità del mancato ricovero, che può dipendere da situazioni non legate alla volontà del paziente (ad es. in caso di decesso o di complicanze nel frattempo intervenute) o da modifica della programmazione da parte della struttura ricoverante.

Oneri sanitari ed a rilievo sanitario per anziani e disabili non autosufficienti ospitati in strutture fuori dal territorio regionale

Il rimborso per oneri sanitari ed a rilievo sanitario sostenuti da enti gestori di strutture per anziani e/o disabili non autosufficienti, poste al di fuori del territorio regionale, come stabilito dalla nota/circolare delle Direzioni Generali Sanità e Politiche Sociali Prot.n. 12331/DPS del 17/3/99, è a carico dell'Azienda USL di residenza dell'ospite.

Se il soggetto ospitato ha ottenuto la residenza nella struttura residenziale, gli stessi oneri ricadono sull'Azienda USL competente per territorio dove è situata la struttura, in quanto la quota capitaria viene destinata al Fondo sanitario della Regione in cui ha sede la struttura.

Se la residenza è invece rimasta in un Comune della Regione di provenienza, e di conseguenza la quota capitaria è stata destinata alla stessa Regione, è l'Azienda USL di residenza a dover rimborsare gli oneri sanitari ed a rilievo sanitario su fatturazione diretta all'Azienda USL di ubicazione della struttura, considerando tali oneri nella misura determinata dalla Regione di riferimento della struttura residenziale.

E' pertanto necessario che le Aziende USL verifichino l'effettiva ultima residenza degli anziani e/o disabili che risultano ospitati presso strutture di altre Regioni, mediante acquisizione dell'apposita certificazione presso gli uffici comunali competenti. Tale verifica risponde alle eventuali richieste di rimborso da parte degli enti gestori di strutture poste fuori dal territorio regionale.

Le Aziende USL sono tenute, inoltre, a mettere in atto misure di controllo preventivo circa le richieste di inserimento in strutture protette fuori Regione.

Per quanto riguarda la quota socio-assistenziale, a carico dei Comuni, secondo la normativa nazionale in materia di domicilio di soccorso, qualora l'anziano e/o disabile e/o i familiari degli stessi non risultassero in grado di far fronte in tutto o in parte alla retta socio-assistenziale depurata degli oneri sanitari e a rilievo sanitario, occorre coinvolgere il Comune di residenza al momento dell'ingresso in struttura.

MOBILITA' INFRAREGIONALE

Ricoveri di lunga durata tariffati a giornata di degenza

Si tratta di casi di ricoveri di lunga durata (psichiatria, riabilitazione, lungodegenza), che si prolungano ben oltre l'anno solare, per i quali è ugualmente prevista la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera al momento della dimissione.

Tale tipologia di ricoveri comporta un'eccessiva dilazione nei tempi di pagamento, con conseguenti effetti negativi di cassa per le strutture di ricovero ed incertezze nelle previsioni di bilancio delle Aziende debtrici. Trattandosi, quindi, di casi anomali, con una durata della degenza superiore all'anno, si stabilisce, in deroga alla circolare regionale n. 2/98, quanto segue :

- Le Case di cura private accreditate ed i Centri riabilitativi ex art. 26 provvederanno ad emettere fatture annuali, da liquidarsi da parte delle Aziende USL, quale **acconto sulla degenza** complessiva, per tutti i pazienti presenti alla fine dell'anno di riferimento, salvi eventuali accordi locali per periodi inferiori, in relazione a necessità di cassa.

- Per tali pazienti, le strutture interessate dovranno utilizzare un **documento provvisorio**, in sostituzione della SDO, da compilarsi annualmente a cura del medico di reparto, e da conservare in cartella clinica. Tale documento deve essere inviato alle Aziende USL su supporto magnetico unitamente alla fattura.

Il documento provvisorio permetterà all'Azienda USL l'identificazione dei casi, la cui dimissione non è ancora avvenuta all'atto della fatturazione. Detto documento provvisorio è costituito da un tracciato record identico a quello della SDO, tenuto conto delle seguenti precisazioni:

- anziché "numero progressivo scheda" deve essere posta la dizione "riferimento a scheda n. ..."
- "modalità di dimissione" non deve essere codificata
- "riscontro autoptico" non deve essere codificato

- anziché “diagnosi di dimissione” deve essere indicato “diagnosi in atto” al momento della redazione della scheda
- anziché “data di dimissione” deve essere indicata la “data della rilevazione”
- anziché “reparto di dimissione” deve essere indicato “reparto di attuale presenza”
- l’importo deve essere quello relativo all’anno di riferimento

Qualora accordi locali prevedano periodi inferiori all’anno, il documento provvisorio dovrà riguardare lo stesso periodo di fatturazione.

Si sottolinea che, come per la Scheda nosologica, nel documento provvisorio dovranno essere riportate le eventuali procedure effettuate nel periodo di riferimento nonché le informazioni di ammissione (data, reparto, proposta, motivo di ricovero).

Si ribadisce, comunque, che i suddetti documenti provvisori non andranno trasmessi all’Agenzia Sanitaria Regionale con il flusso trimestrale della SDO, in quanto nell’archivio centrale delle Schede di dimissione ospedaliera risiedono solo dimissioni effettivamente avvenute e per pazienti non più in carico alla struttura.

Pertanto, nella SDO da inviare all’Agenzia Sanitaria Regionale, relativa ai pazienti in argomento, non dovranno comparire le suddette informazioni, ma esclusivamente quelle previste nel tracciato record della circolare n. 2/98 e successive integrazioni.

Prestazioni relative ai trapianti di midollo osseo

Le prestazioni si riferiscono ai seguenti tre casi che considerano il potenziale donatore, il potenziale ricevente e la ricerca di donatori italiani per pazienti stranieri.

a) prestazioni a potenziali donatori

Le indagini riguardanti lo studio delle caratteristiche immunogenetiche (tipizzazione degli antigeni di istocompatibilità) sono da intendersi come prestazioni ambulatoriali previste dal Nomenclatore tariffario regionale, di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 410/97 e i cui specifici codici sono compresi fra il 90.78.2 ed il 90.81.4, richiedibili con prescrizione medica.

Pertanto, se tali prestazioni sono effettuate a cittadini residenti in altre aziende o in altre regioni il relativo rimborso, essendo a carico del SSN, avviene tramite compensazione della mobilità sanitaria e vanno addebitate alla USL di residenza del paziente sottoposto ad esame.

I potenziale donatori di midollo dell’Emilia Romagna sono inseriti nel Italian Bone Marrow Donor Registry (IBMDR), gestito dall’ospedale Galliera di Genova (secondo l’art.1 del decreto del Ministero della Sanità del 25/11/1998).

b) prestazioni a potenziali riceventi

Nel caso in cui la richiesta di “tipizzazione” avvenga durante il ricovero dell’assistito, tale prestazione rientra nel DRG del ricovero stesso.

Inoltre, il già citato art. 1 del decreto del Ministero della Sanità del 25/11/1998 stabilisce che le spese relative a ricerche di compatibilità per donatori non consanguinei prevedono:

- una spesa di attivazione del registro a carico dell’assistito, versata dall’assistito stesso direttamente all’IBMDR di Genova ;
- una spesa per la ricerca del donatore a carico della Azienda USL competente per territorio, nella misura delle tariffe prefissate dai registri esteri.

c) ricerca di donatori italiani per pazienti stranieri

Le spese relative a ricerche di compatibilità richieste per pazienti residenti all’estero da eseguire su donatori italiani sono regolate con convenzione tra le Aziende sanitarie e l’Ospedale Galliera di Genova.

Mancato ritiro dei risultati di visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio da parte dei cittadini

In tale caso il soggetto competente ad esercitare l'azione di recupero nei confronti degli utenti ai sensi dell'art.4, c. 18 della legge n.412/91, è l'Azienda USL di residenza del cittadino, in analogia a quanto previsto al punto B.7.20 (Azioni di rivalsa) della presente circolare. L'Azienda che ha erogato la prestazione, nell'effettuare la comunicazione all'Azienda USL di residenza, provvederà ad allegare in busta chiusa i referti da recapitare ai cittadini interessati.

D 2. Controlli interni nelle Aziende per il settore degenze

Definizione delle modalità dei controlli interni nelle Aziende sui ricoveri ripetuti entro 0-1 giorno e i DRGs maldefiniti.

Per tali tipologie di ricovero viene reso obbligatorio, a partire dai dimessi del primo trimestre 1999, un controllo interno, cui si aggiungerà un monitoraggio da parte del gruppo regionale "Controlli" che verrà effettuato, in varie fasi, anche con verifiche della documentazione clinica.

L'analisi esaustiva della casistica nell'ambito dei controlli interni ed il monitoraggio nell'ambito dei controlli esterni regionali garantisce la completa copertura di tali specifici eventi; per questo motivo si ritiene di sospendere i controlli esterni locali.

Nel corso del trimestre la Direzione Sanitaria Aziendale darà, alle singole strutture di ricovero, le indicazioni necessarie per la verifica, attraverso la lettura della documentazione clinica, della casistica oggetto di controllo interno obbligatorio.

La stessa Direzione Sanitaria aziendale è tenuta a garantire l'invio in Regione dei verbali relativi ai suddetti controlli interni trimestrali, con le medesime scadenze previste per i dati relativi all'attività di degenza.

La documentazione dovrà essere inviata presso l'Agenzia Sanitaria, all'attenzione del gruppo "Controlli", che effettuerà le analisi di merito.

Ricoveri ripetuti 0-1 giorno

L'indicatore comprende:

re-ricoveri con finestra temporale fra la dimissione del primo ricovero e l'ammissione del secondo di 0 o 1 giorno;

re-ricoveri di lunedì di pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente.

Tale indicatore individua sostanzialmente due distinti fenomeni:

- il frazionamento artificioso del ricovero in due distinti ricoveri, comportamento non corretto in quanto aumenta il rimborso per il trattamento dello stesso paziente con un'unica problematica, atteggiamento parzialmente correggibile con il trasferimento tra reparti al posto della dimissione e/o con l'uso dei permessi all'interno di un unico ricovero;
- il riacutizzarsi di una patologia nel periodo immediatamente successivo alla dimissione tale da richiedere un nuovo ricovero in urgenza; tale evento può essere assolutamente clinicamente imprevedibile, ma può anche essere causato da un inefficace trattamento nel ricovero indice o da dimissione eccessivamente precoce.

Possono, peraltro, essere inclusi anche casi in cui il secondo ricovero non è affatto correlabile al primo e l'evento che porta al ricovero è casuale ed imprevedibile, ma la ridotta ampiezza della finestra temporale (48 ore) suggerisce che tali casi siano sufficientemente scarsi.

L'identificazione, in seguito a controllo interno, di ricoveri ripetuti riconducibili ad un unico episodio di cura, può comportare, esclusivamente, un annullamento dell'importo di uno dei due ricoveri la cui scheda nosologica resta invariata per tutte le altre informazioni.

Il verbale (**modulo A**) da inviare, in copia, al gruppo regionale "Controlli" con cadenza trimestrale, dovrà essere compilato per tutte le coppie di ricoveri verificate.

DRGs maldefiniti

I controlli interni hanno in questo caso molteplici obiettivi :

- sensibilizzare le strutture di ricovero su problemi di non corretta selezione della diagnosi principale o di codifica non specifica delle procedure e degli interventi;
- eliminare con tempestività errori di digitazione di codici;
- rendere i controlli su tali DRGs esaustivi e non campionari;
- monitorare eventuali limiti della classificazione nella capacità di descrivere specifiche "nuove tecnologie".

Il verbale (**modulo B**) riguarderà esclusivamente i casi 'confermati' al controllo interno: si ritiene, infatti, che le valutazioni relative alla parte della casistica che viene modificata a monte sono interesse specifico della Azienda di ricovero e non della funzione di controllo esterno.

Nel verbale non sono state previste informazioni deducibili dalla scheda; va indicato pertanto solo il riferimento per ciascuna SDO (n.ro progressivo e presidio che ha erogato la prestazione) ed i ricoveri sono da raggruppare per DRG; devono essere descritte le principali ragioni che hanno condotto alla selezione dei codici.

Il gruppo regionale che analizzerà i verbali avrà i seguenti obiettivi :

- verifica delle principali tipologie di ricovero che possono portare l'attribuzione dei casi a DRGs maldefiniti;
- classificazione dei casi 'non modificabili' sulla base dei motivi che li determinano;
- individuazione dei casi da sottoporre ad ulteriore verifica.

L'analisi dei verbali, da parte dei 'revisori regionali' avverrà trimestralmente; verranno redatte delle relazioni che saranno trasmesse alle Aziende attraverso il flusso relativo alle validazioni trimestrali dell'archivio delle schede nosologiche.

Nella relazione verranno indicati anche i numeri nosologici corrispondenti ai casi da sottoporre ad ulteriore approfondimento da parte della struttura erogatrice.

La seconda verifica, da parte della Azienda di ricovero, può portare ad una modifica della SDO da inviare con il trimestre successivo; in tale caso, sul verbale dovranno essere segnalati i numeri identificativi delle SDO modificate, relative al trimestre precedente.

A partire dal II trimestre il gruppo verificherà, in primo luogo, quanti dei casi su cui ha chiesto approfondimenti sono stati modificati e potrà prevedere una verifica analitica in loco della documentazione per i casi non modificati. Sarà comunque previsto un controllo scheda-cartella clinica annuale su tutti i casi attribuiti a DRGs maldefiniti.

Poichè le modifiche possibili in seguito a verifica a posteriori riguarderanno variabili di tipo sanitario che hanno immediata conseguenza nella attribuzione dei casi ai DRGs, il relativo importo corretto verrà automaticamente calcolato.

MODULO A

Codice Azienda di ricovero

trimestre 1999

N SCHEDA _____

N SCHEDA _____

REPARTO DI DIMISSIONE _____

REPARTO DI AMMISSIONE _____

REGIME DI RICOVERO _____

REGIME DI RICOVERO _____

DATA DI AMMISSIONE ___/___/___

DATA DI AMMISSIONE ___/___/___

DATA DI DIMISSIONE ___/___/___

DATA DI DIMISSIONE ___/___/___

DRG IMPORTO _____

DRG IMPORTO _____

DOPO VERIFICA:

DRG _____ IMPORTO _____

DRG _____ IMPORTO _____

DETERMINANTI DEL RICOVERO RIPETUTO

1) non accessibilità dei servizi ospedalieri durante la degenza

prestazione _____ tempi di attesa

comporta annullamento dell'importo

2) situazione clinica correlata con il 1° ricovero

A) RIACUTIZZAZIONE

specificare _____

—

B) COMPLICANZE

specificare _____

—

3) assistenza post-dimissione

A) MANCATA ADESIONE AL TRATTAMENTO

specificare _____

—

B) NON ACCESSIBILITÀ DELL'ASSISTENZA EXTRAOSPEDALIERA

specificare _____

—

4) patologia non correlata

specificare _____

—

5) altre determinanti

A) PRE-RICOVERO O PRE-INTERVENTO PROGRAMMATO

specificare _____

—

comporta annullamento dell'importo

B) RE-RICOVERO CON DIMISSIONE IL VENERDI O IL SABATO E RIAMMISSIONE IL LUNEDI
SUCCESSIVO

specificare _____

-

comporta annullamento dell'importo

6) altro

-

-

-

MODULO B

Codice Azienda di ricovero trimestre 1999

Codice stabilimento di dimissione :

N. progressivo scheda : DRG :

Motivazioni :

Le rilevazione interessa la casistica relativa ai dimessi di ciascun trimestre assegnati ai DRGs :

- 424 : Intervento chirurgico di qualsiasi tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale
- 468 : Intervento esteso non correlato alla diagnosi principale
- 476 : Intervento prostata non correlato alla diagnosi principale
- 477 : Intervento non esteso non correlato alla diagnosi principale

Deve essere compilato un verbale per ogni caso confermato dopo il controllo interno.

Solo quando più casi sono caratterizzati da identiche diagnosi ed interventi ed anche le unità operative di ammissione e dimissione sono le stesse, potrà essere compilato un solo verbale con l'indicazione dettagliata dei numeri progressivi delle schede di dimissione.

Debito informativo Aziende
!R1C1:R23C5

**Adepiimenti relativi alla mobilità
INFRAREGIONALE ed EXTRAREGIONALE**

Settori oggetto di compensazione:

**Farmaceutica, Specialistica, Termale (solo per la
mobilità extraregionale), Somm.diretta farmaci**

Mese	gg	debito informativo
<i>Gennaio</i>	31	invio modelli A e floppy con dati extra relativi al IV trim.+ integr. III trim anno precedente
<i>Febbraio</i>		
<i>Marzo</i>	20	invio modelli A e floppy con dati extra relativi alle eventuali integrazioni anno precedente
<i>Aprile</i>	30	invio modelli A e floppy con dati extra I trim. anno in corso
<i>Maggio</i>		
<i>Giugno</i>		
<i>Luglio</i>	31	invio modelli A e floppy con dati extra II trim. + integr. I trim anno in corso
<i>Agosto</i>		
<i>Settembre</i>	30	per le Aziende Creditrici invio <u>modello A5</u> di conguaglio
<i>Ottobre</i>	31	invio modelli A e floppy con dati extra III trim. + integr. II trim anno in corso + per le Aziende debitorici invio <u>modello B</u> (riepilogo contestazioni risolte) + <u>Modello C</u> contestazioni in arbitrato anno precedente
<i>Novembre</i>		
<i>Dicembre</i>	31	

N.B. per quanto riguarda la mobilità extraregionale

i dati delle degenze sono VALORIZZATI DALL'AGENZIA SANITARIA REGIONALE
e vengono scaricati direttamente dalla Banca dati scheda nosologica
entro il 30 Aprile dell'anno successivo;
per la medicina di base i dati sono forniti a cadenza trimestrale dall'Assessorato Sanità.

Adempimenti relativi alla mobilità INFRAREGIONALE						
Settore oggetto di compensazione: Degenze						
Scadenza invio schede in banca dati nosologica			Data di validazione (presunta) circa 15-20gg dopo l'invio		Adempimenti relativi alla mobilità infraregionale	
Mese	gg	debito informativo	gg		gg	debito informativo
Gennaio	31	invio schede IV trim. + integr. III trim anno precedente				
Febbraio	28	invio schede integrazioni anno precedente	20	validazione dati IV trim. + integr. III trim anno precedente		
Marzo			20	validazione dati definitivi anno precedente		
Aprile	30	invio schede I trim. anno in corso			20	invio modelli A IV trim. + integr. III trim. + eventuali rettifiche e integrazioni anno in corso (*)
Maggio	31	aggiornamento banca dati anno precedente in base alla risoluzione delle contest. effettuate	20	validazione dati I trim. anno in corso		
Giugno					20	invio modelli A I trim. anno in corso
Luglio	31	invio schede II trim. + integr. I trim. anno in corso				
Agosto			20	validazione dati II trim. + integr. I trim. anno in corso		
Settembre					20	invio modelli A II trim. + integr. I trim. anno in corso + per le Aziende Creditrici invio modello A5 di conguaglio entro il <u>30 settembre</u>
Ottobre	31	invio schede III trim. + integr. II trim. anno in corso			31	Per le Aziende debitorie invio <u>modello B</u> (riepilogo contestazioni risolte) + <u>Modello C</u> contestazioni in arbitrato anno precedente
Novembre			20	validazione dati III trim. + integr. II trim. anno in corso		
Dicembre					20	invio modelli A III trim. + integr. II trim. anno in corso

N.B. per quanto riguarda la mobilità infraregionale:

i modelli A relativi alle degenze devono essere inviati entro 30 gg. dalla data di validazione da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale
La data di validazione indicata nel prospetto è una data presunta, suscettibile di variazione, ne consegue che anche le date di invio dei modelli A segnalate nel prospetto hanno valore puramente indicativo, e hanno il solo scopo di ipotizzare un calendario di massima.
(*) Per semplificare gli adempimenti delle Aziende relativi alla fatturazione della mobilità infraregionale, i modelli A del IV trim. + integr. III trim. possono essere inviati unitamente a quelli relativi alle rettifiche e integrazioni anno precedente entro un Mese dalla validazione dei dati definitivi

Promemoria relativo alla tempistica delle contestazioni

CONTESTAZIONI mobilità infraregionale ENTRO 60GG. DAL RICEVIMENTO DEI DATI

CONTRODEDUZIONI mobilità infraregionale ENTRO 60GG. DAL RICEVIMENTO DELLE CONTESTAZIONI