

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

TIPO ANNO NUMERO
REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA
PG.2008. 0287709
del 28/11/2008



CIRCOLARE N.

9

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie

Ai Referenti Organizzativi
della Specialistica Ambulatoriale
Ai Referenti Informativi della Specialistica Ambulatoriale
Ai Responsabili del Sistema Informativo-Informatico

delle Aziende Sanitarie e I.O.R.
Regione Emilia Romagna

Ai Presidenti delle Associazioni
AIOP, ARIS, ANISAP
Regione Emilia Romagna

e, p.c. Ai Referenti aziendali unici della tessera sanitaria
delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna

OGGETTO: Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2009

La specialistica ambulatoriale (flusso ASA) rientra tra le rilevazioni strategiche per la programmazione regionale: infatti garantisce sia il monitoraggio dei consumi e produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che l'adempimento verso il Ministero dell'Economia e Finanze ai sensi dell'art. 50 della L. 326/2003 per il monitoraggio della spesa sanitaria - adempimento che permette di accedere ad una quota del FSN. Inoltre, il piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, (D.G.R. n. 1532/2006) ed il programma di odontoiatria (D.G.R. 374/2008 e circolare n° 2 del 14 luglio 2008) prevedono l'utilizzo del flusso ASA per il loro monitoraggio: il raggiungimento di questi obiettivi rende sempre più impellente la disponibilità di dati tempestivi e di qualità.

40127 Bologna – Viale Aldo Moro, 21
Te. 051 6397161-2 Fax 051 6397056
e-mail: dgsan@regione.emilia-romagna.it

 a uso interno DP

ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
		3401	600	50	30			2006	7	2

 Classif. Fasc.

A questo scopo, nel corso del 2008, è stata reingegnerizzata la gestione del flusso ASA per rendere più agevoli i processi di comunicazione e scambio dati tra le Aziende e la Regione con l'auspicabile miglioramento della tempistica.

L'ASA è quindi lo strumento per rispondere ai debiti informativi che derivano dai Ministeri e permane strumento più complessivo di monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale in regione Emilia-Romagna.

Gli adeguamenti introdotti nella presente Circolare sono applicati a partire dal **1° gennaio 2009** e riguardano la rilevazione di nuove informazioni, modifiche sulle modalità di codifica e aggiornamento di alcuni controlli logico-formali che investono alcuni campi del tracciato ASA, necessari alla luce dei decreti attuativi emanati nel corso del 2008 di cui dell'art. 50 L. 326/2003; per le specifiche tecniche della rilevazione si rimanda all'allegato tecnico che è parte integrante della presente Circolare.

Distinti saluti

Leonida Grisendi

All. n. 1



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Antonio Brambilla

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Disciplinare tecnico

SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE ALLA TRASMISSIONE E TRACCIATO DEL FLUSSO RELATIVO ALL' ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ASA) - ANNO 2009

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Le presenti modifiche tecniche apportate al flusso informativo per l'assistenza specialistica ambulatoriale, già normato con Circolare Regionale n.13 del 18 dicembre 2006 prot. 2006/1071338, vengono introdotte in ottemperanza ai decreti ministeriali del 2008, attuativi dell'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie).

La trasmissione dei dati per il 2009, dovrà avvenire **entro il giorno 7** del mese successivo a quello di erogazione, e consentirà al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali una volta applicati gli opportuni controlli di qualità e completezza, di inviare il giorno 10 del mese stesso il flusso agli organi centrali.

L'onerosità dell' impegno a cui le Aziende sono chiamate a rispondere, è stato facilitato dall'utilizzo del nuovo portale web che la Regione ha messo a disposizione e che consente di simulare il set di controlli qualitativi preventivamente all'invio del dato con il definitivo consolidamento del file.

Inoltre, il piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa D.G.R. n 1532 del 6-11-2006, prevede l'utilizzo del flusso ASA per il monitoraggio specifico dell'attuazione del Piano in quanto tale rilevazione fornisce informazioni certe sulle prestazioni effettivamente erogate.

In particolare, è opportuno porre la massima attenzione e precisione nella registrazione della data di prenotazione e di erogazione.

Gli adeguamenti introdotti nella presente circolare saranno applicati a partire dal **1° gennaio 2009** e riguardano la rilevazione di nuove informazioni, modifiche sulle modalità di codifica e aggiornamento di alcuni controlli logico-formali che investono alcuni campi del tracciato ASA.

In particolare vengono introdotti i seguenti campi:

- Ricetta informatizzata
- Data scadenza tessera TEAM
- Codice laboratorio (codice regione+codice azienda+codice struttura)
- Codice a barre della ricetta indice (riservato esclusivamente alle prestazioni "aggiuntive" erogate dalle strutture private accreditate)
- Codice base sole

I cambiamenti di codifica riguardano alcuni campi del tracciato già esistenti:

- Posizione dell'assistito nei confronti del ticket
- Tipologia della modulistica prescrittiva
- Codice esenzione
- Codice episodio di cura (Day service ambulatoriale)

Le principali novità relative ai controlli logico-formali vertono essenzialmente sulla verifica della corretta :

- valorizzazione economica dell'attività ambulatoriale
- applicazione delle regole prescrittive.

Nel presente documento, le modifiche rispetto alla circolare regionale precedente (n.13 del 18 dicembre 2006 prot.2006/1071338) vengono evidenziate in grigio.

INTRODUZIONE

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende Sanitarie al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nel presente documento.

La rilevazione è caratterizzata dalla **periodicità mensile** ed è costituita da 2 tabelle per motivi di riservatezza legati alla legge n.196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

Dati della ricetta (Tabella A)

Dati riguardanti il dettaglio della prestazione ambulatoriale (Tabella B)

Le informazioni contenute nella scheda ambulatoriale riguardano essenzialmente le seguenti dimensioni:

- **l'anagrafica della Struttura** erogante le prestazioni in regime ambulatoriale per esterni – Tabella A
- **le caratteristiche dell'assistito** (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- **le informazioni relative alla prescrizione e al medico prescrittore** – Tabella A
- **le informazioni sulla prestazione** – Tabella B

Si ricorda che i dati, prima di essere trasmessi alla Regione, dovranno essere sottoposti a tutti i controlli previsti ed eventualmente corretti al fine di garantire l'uniformità tra l'archivio regionale e tutti gli archivi aziendali. Soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione) e il tracciato record in allegato costituisce l'unico modello di rilevazione valido, come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse.

Si evidenzia che il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali mensilmente, con i ritorni informativi, validerà esclusivamente le informazioni **anagrafiche e sanitarie** contenute nel tracciato record dichiarate dalle strutture erogatrici e comunicherà alle strutture le schede ambulatoriali non entrate nell'archivio regionale.

Ogni Azienda tramite l'utilizzo del nuovo portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>, dovrà sottomettere al programma dei controlli (fase di SIMULAZIONE)

il file trasmesso, verificare l'esito dell'elaborazione, correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che andranno consolidati (fase di CONSOLIDAMENTO) da parte dell'azienda.

Poiché le strutture sanitarie private non dispongono di ugual strumenti informatici messi a disposizione dalla regione per l'effettuazione delle simulazioni e controlli sui dati del flusso ASA, si raccomanda alle Aziende USL di effettuare per conto delle proprie strutture private, nei giorni antecedenti la scadenza dell'invio del file ASA alla Regione, le simulazioni sui dati di attività delle medesime, anche se riferite a residenti di altre aziende sanitarie, rendicontandone l'esito alle stesse.

Successivamente segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione alla quale segue il caricamento in banca dati della ricetta e relative prestazioni, la produzione del ritorno informativo per le strutture e l'invio del flusso al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

STRUTTURA EROGATRICE

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930: e relativamente alle tipologie di attività S01 (Attività clinica), S02 (Diagnostica strumentale e per immagini), S03 (Attività di laboratorio) e S04 (Attività di consultorio materno infantile).

La corretta codifica del codice deve trovare corrispondenza con quanto censito nell'Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.

LABORATORIO

Lo svolgimento degli esami di laboratorio spesso avviene in una struttura diversa da quella che ha effettuato il prelievo biologico. Le regole regionali di codifica del flusso ASA, in questi casi prevedono che il codice STS11 della **struttura erogatrice** debba essere quello della struttura che ha effettuato il prelievo. Tale regola, laddove osservata, non consente di monitorare l'attività dei laboratori, e al contempo, il mancato rispetto della stessa regola non consente, invece, di monitorare l'attività dei punti prelievo. Dal 2009 si introduce nel tracciato della tabella B un campo "**codice laboratorio**" riservato a tale attività che dovrà riportare il codice STS11 della struttura sede del laboratorio che ha eseguito il set di esami, anche se ubicato fuori dal territorio di competenza dell'AUSL che ha effettuato il prelievo.

Nel caso in cui il laboratorio sia ubicato fuori regione, codificare solo il codice della regione.

Esempio:

	Struttura erogatrice	Prestazione	Importo prestazione	Codice laboratorio
Tabella B_1	Codice struttura che effettua il prelievo	Prelievo sangue	x	<i>Codice struttura che effettua il prelievo</i>
Tabella B_2	Codice struttura che effettua il prelievo	Colesterolo totale	y	<i>Codice Struttura sede del Laboratorio che ha effettuato gli esami</i>
Tabella B_3	Codice struttura che effettua il prelievo	Emocromo	z	<i>Struttura sede del Laboratorio che ha effettuato gli esami</i>

CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE (per le prestazioni aggiuntive e riservato esclusivamente per le strutture private accreditate)

Le prestazioni specialistiche erogate dagli specialisti di strutture private accreditate, per completare l'iter diagnostico terapeutico finalizzato a rispondere ad uno specifico quesito posto su ricettario SSN, come da normativa nazionale¹, non possono essere prescritte tramite la ricetta unica SSN. Queste "prestazioni aggiuntive" possono comunque essere effettuate all'interno di percorsi semplificati, per determinate tipologie di prestazioni, e relativi volumi, definiti da contratti di fornitura, purchè complementari rispetto alla richiesta che ha determinato l'accesso alla struttura. Al fine di monitorare l'andamento dei volumi di produzione per queste prestazioni, il campo "**CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE**" dovrà riportare il codice della ricetta unica SSN che ha generato le prestazioni aggiuntive. La compilazione di questo campo è riservata perciò solo alle strutture private accreditate.

4 ¹ Legge n. 531 del 29 dicembre 1987

DISCIPLINA EROGANTE

Si precisa che per gli ambulatori ospedalieri la disciplina erogante è identificata dalla tipologia di attività che l'ambulatorio eroga anche quando non corrisponde al reparto/servizio di appartenenza del medico che effettua la prestazione.

Esempio: la visita effettuata nell'ambulatorio di cardiologia si connota come tale (008) indipendentemente dal fatto che venga erogata da un medico appartenente all'unità operativa di cardiologia o altro reparto

Esempio: la visita ginecologica + ecografia effettuate nell'ambulatorio di ginecologia, consultoriale o ospedaliero, si connotano all'interno della disciplina di ostetricia - ginecologia (037)

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

L'Osservazione Breve Intensiva è identificata dal codice prestazione 89.09-Osservazione Breve Intensiva, la cui tariffa omnicomprensiva delle prestazioni effettuate pre-OBI e durante l'OBI stesso è pari a Euro 220.

Al fine di monitorare l'attività di Osservazione Breve Intensiva, introdotta con D.G.R. n. 24 del 17-01-2005, si danno indicazioni relativamente alle modalità di codifica per la gestione del flusso ASA: Dovrà essere compilato il campo "modalità d'accesso" valorizzandolo con 10= Osservazione breve intensiva".

Al fine di avere il quadro esaustivo delle prestazioni erogate in pre-OBI e durante l'OBI, nella compilazione delle tabelle B relative alle singole prestazioni, si dovrà inserire in una tabella B il nuovo codice di prestazione (89.09) e la relativa tariffa; ed una tabella B per ogni prestazione erogata, con importo valorizzato uguale a 0. Si ricorda che l'importo Ticket deve essere valorizzato sempre a 0.

Ai fini di permettere una valutazione completa delle attività si ritiene, per questa casistica, di riportare, obbligatoriamente, la diagnosi utilizzando il campo "Quesito diagnostico del medico prescrittore" secondo il sistema di classificazione ICD 9 CM-2002 ed eventuali aggiornamenti. La diagnosi da riportare è quella determinata al termine dell'episodio di OBI. Tale campo va compilato per la sola tabella B contenente il nuovo codice di prestazione che identifica l'OBI.

MODALITA' DI ACCESSO PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE IN PS, OBI, DAY SERVICE, SCREENING

Si ricorda che, al fine di permettere una corretta analisi della attività, tutte le prestazioni effettuate durante episodi di PS, OBI, DAY SERVICE, SCREENING comprese le prestazioni radiologiche, di laboratorio ecc. devono essere attribuite alla corretta modalità d'accesso (ovvero PS, OBI, DAY SERVICE, SCREENING) e relativa tipologia modulistica prescrittiva.

1- AMBITO DI APPLICAZIONE

1. Oggetto della rilevazione del flusso è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai **pazienti esterni** previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore erogate ai cittadini, italiani e non, negli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati, qualsiasi sia il regime di erogazione. La rilevazione comprende anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito dei programmi regionali di **screening** e quelle effettuate in **libera professione**.
2. La rilevazione **non comprende** le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero, in quanto tali attività fanno riferimento al livello di assistenza ospedaliera.

Sono ovviamente escluse tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in un contesto diverso dalla consulenza o dalla presa in carico del paziente ambulatoriale (es. le prestazioni rese su richiesta del datore di lavoro per i propri dipendenti o dal medico competente per gli accertamenti di medicina del lavoro) né le prestazioni ambulatoriali previste dal nomenclatore ma erogate in contesti assistenziali (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, ...) diversi dal livello di assistenza ambulatoriale;

3. IN AMBITO OSPEDALIERO

Vengono rilevate:

- tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale ad esterni, da tutti gli ambulatori/servizi e singoli specialisti;
- le prestazioni erogate in Pronto Soccorso (incluso OBI), nel caso in cui a tali prestazioni non segua il ricovero o il ricovero sia effettuato in altra Azienda/altra regione

Sono escluse:

- le prestazioni ambulatoriali legate al ricovero (pre/post ricovero), che vengono considerate a tutti gli effetti ricomprese nella prestazione di ricovero.
- le prestazioni ambulatoriali rese a pazienti interni (in degenza)
- le prestazioni ambulatoriali collegate agli interventi chirurgici di cataratta e tunnel carpale quando l'intervento è eseguito come prestazione ambulatoriale (codice 134101 e codice 044301), in quanto le prestazioni pre e post intervento sono ricomprese all'interno della tariffa.
- le prestazioni erogate a favore di pazienti in carico (in costanza di ricovero) ad altri presidi, per le quali si dovrà ricorrere a fatturazione diretta.
- le prestazioni di PS (incluso OBI) seguite da ricovero nello stessa struttura o nella stessa Azienda.
- le prestazioni di screening neonatale per la diagnosi precoce delle **enzimopatie ereditarie e mucoviscidosi**, a favore di tutti i nuovi nati presso strutture ospedaliere della regione. Il riconoscimento economico, secondo le tariffe del nomenclatore regionale, di tale attività avverrà tramite fatturazione diretta alle aziende in cui è ubicato l'ospedale sede dell'evento nascita e che ha richiesto il set di esami.

4. IN AMBITO TERRITORIALE

Vengono rilevate:

- tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori e poliambulatori, inclusa l'attività erogata nei consultori familiari limitatamente alle prestazioni specialistiche di ostetricia – ginecologia.

Sono escluse:

- attività dei consultori (restante parte)
- attività dei SERT
- attività dei Servizi di Salute Mentale
- attività di neuropsichiatria infantile

Queste ultime tipologie di attività sono oggetto di specifici flussi informativi e non rientrano nel livello assistenziale specialistica ambulatoriale.

2-CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

1. DATI della RICETTA

CODICE AZIENDA pos 1. *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice dell'azienda USL o OSPEDALIERA erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale

CODICE STRUTTURA EROGATRICE pos. 4 *(livello di controllo SCARTANTE)*

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota regionale del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930 e come censito nell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie.

CODICE CONTATTO pos. 10 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Identificativo univoco per struttura erogatrice, che unisce il record in tabella A ai record in tabella B. Il codice, comunque formato, deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.

TIPOLOGIA DELLA MODULISTICA PRESCRITTIVA pos. 187 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Indica la tipologia della modulistica prescrittiva.

Valori ammessi:

1= ricetta unica SSN

2= ricetta libera (privato pagante, libera professione)

3= modulistica DAY SERVICE

4= percorso semplice (non più valido)

5=non prevista - libero accesso - previsto solo per alcune prestazioni (e cioè visita ostetrico-ginecologica, esame del visus, visita odontoiatrica, visita psichiatrica, visita pediatrica) per le quali non è necessaria la presentazione del modulo di prescrizione.

6= non prevista - PRONTO SOCCORSO/OBI (senza ricetta) non seguito da ricovero o il ricovero sia effettuato in altra Azienda/ altra regione.

7= non prevista - screening

8= prestazione aggiuntiva (codifica riservata esclusivamente alle strutture private accreditate)

CODICE a BARRE della RICETTA pos. 23 (livello di controllo SCARTANTE)

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=1 (ricetta SSN)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo)

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=2,5,6,7 (ricetta libera, libero accesso, ps/obi, screening)

Non deve essere valorizzato.

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=3 (day service)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Azienda (numerico di 3)

Carattere identificativo (D)

Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva ed univoca all'interno dell'anno e dell'azienda)

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=8 (prestazioni aggiuntive)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Azienda (numerico di 3)

Carattere identificativo (P)

Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva ed univoca all'interno dell'anno e dell'azienda)

CODICE EPISODIO DI CURA pos. 114 (Day service ambulatoriale) (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Tale informazione è specifica per la ricetta SSN quando la modalità d'accesso è Day Service.

È un identificativo univoco per Azienda che permette di raggruppare le ricette SSN e le relative prestazioni corrispondenti ad un unico episodio di DSA.

Il codice Episodio di cura dovrà essere obbligatoriamente utilizzato per l'erogazione di prestazioni a cittadini residenti in altre regioni, per i quali è necessario l'utilizzo della ricetta SSN.

Fermo restando che, su tale ricetta, non possono essere richieste più di 8 prestazioni per branca e la stessa deve essere univoca per tipologia d'esenzione (esente/non esente).

DATA DI PRESCRIZIONE pos. 177 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA

TIPOLOGIA MEDICO PRESCRITTORE pos. 39 (livello di controllo SCARTANTE)

Si sottolinea l'importanza di codificare tale informazione

Valori ammessi:

01 = Medico di Medicina Generale (MMG)

02 = Pediatra di libera scelta (PLS)

03 = Medico specialista ospedaliero

04 = Medico specialista territoriale

05 = Guardia turistica

06 = Guardia medica

07 = Non previsto (es libero accesso, Pronto Soccorso)

08 = Medico altra regione

99 = Altro (es medico INPS, INAIL)

RICETTA INFORMATIZZATA pos.41 (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

0 = Ricetta non informatizzata

1 = Ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode

2 = Ricetta informatizzata con presenza della sola biffatura "Stampa PC"

CODICE FISCALE MEDICO PRESCRITTORE pos. 46 (livello di controllo SCARTANTE)

Se tipologia modulistica prescrittiva = 3 e se tipologia medico prescrittore = 03, 04 controllo sempre scartante.

Se tipologia prescrittore = 07,99, non compilare

Negli altri casi è sempre preferibile compilarlo.

TIPO RICETTA pos. 185 (livello di controllo SCARTANTE)

ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP)

UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee

EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee

NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee

NX = Assistito SASN straniero : soggetto assistito da istituzioni extraeuropee

In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi).

REGIME DI EROGAZIONE pos. 62 (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi

01 = SSN

02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche)

03 = Pagante in proprio

04 = Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche)

99 = Altro

MODALITA' DI ACCESSO pos. 161 (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

- 01 = Ordinario (Programmabile)
- 02 = Controllo/programmato
- 03 = Urgente (24 h)
- 04 = Urgente differibile (7 giorni)
- 05 = Day service ambulatoriale (DSA)
- 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero
- 07 = Screening (programma aziendale/regionale)
- 09 = Accesso diretto
- 10 = Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- 99 = Altro

Con "**Accesso diretto**" si intendono quelle prestazioni che originano nel contesto di una visita ambulatoriale o nel caso di accesso alla struttura senza prenotazione. (Esempio: accesso diretto al laboratorio con richiesta del medico prescrittore ma senza prenotazione). L'accesso diretto non va confuso con il "libero accesso", previsto solo per alcune prestazioni (e cioè visita ostetrico-ginecologica, esame del visus, visita odontoiatrica, visita psichiatrica, visita pediatrica) per le quali non è necessaria la presentazione del modulo di prescrizione –proposta del medico curante.

Screening oncologici

La modalità di accesso – 07 Screening va riferita solo ai programmi regionali di screening oncologici², per le fasce di età previste dal programma (donne di età 25 – 64 anni per il tumore del collo dell'utero; donne di età 50 – 69 anni per il tumore della mammella; uomini e donne di età 50 – 69 anni per il tumore del colon-retto). E' inclusa nel programma di screening anche l'offerta attiva e sistematica di una colonscopia (o in subordine un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci) ai familiari di primo grado di persone riscontrate affette da tumore maligno intestinale³. La modalità di accesso con codifica 07 va utilizzata anche per gli approfondimenti diagnostici successivi ad una chiamata di screening e previsti all'interno dei programmi di screening. Nel caso invece delle prestazioni di mammografia, pap test, colonscopia erogate ai sensi della Legge 388/2000, e successive modificazioni, a gruppi di popolazione fuori screening, la modalità di accesso sarà codificata come 01 (Ordinario-Programmabile) se richiesta come 1° accesso ovvero 02 se richiesta come controllo/programmata.

IMPORTO TICKET pos. 165, 168 (livello di controllo SCARTANTE)

Importo ticket pagato relativo alla ricetta.

La valorizzazione deve essere compresa tra la somma degli importi delle singole prestazioni (se tale somma è minore di 36,15) e 36,15. Fanno eccezione a tale regola le prestazioni erogate in PS e OBI e DSA

2

http://www.saluter.it/wcm/screening_femminili/sezioni/regionale/documentazione/atti_regionali/delibere_circolari.asp

<http://www.saluter.it/wcm/colon/pagine/documentazione.htm>

³ Circolari regionali n. 11/2004 e n. 1/2007

Specialistica Ambulatoriale

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/asa/asa.html>

IMPORTO NETTO pos. 170, 174 (livello di controllo SCARTANTE)

Trattasi della quota economica che andrà a carico del SSN, (quota oggetto di transazione economica). Il computo di tale valore si ottiene dalla somma dell'importo totale delle prestazioni al netto di eventuale ticket e non deve mai superare il valore tariffario delle prestazioni (ad eccezione del PS).

- Può risultare inferiore nel caso di prestazioni scontate e/o "a pacchetto".
- Può risultare negativo nel caso in cui ad una ricetta seguano più prestazioni effettuate in strutture diverse. Se la struttura che incassa un importo ticket superiore alla tariffa della prestazione erogata dalla struttura stessa, tale valore sarà il risultato della tariffa della prestazione (erogata dalla medesima struttura) al netto dell'effettivo ticket incassato. Le strutture, invece, che non incassano il ticket ma effettuano le rimanenti prestazioni previste nella stessa ricetta, devono azzerare il ticket, codificare "non esente ticket riscosso da altri" e valorizzare l'importo netto con la somma dell'importo delle prestazioni erogate.

Fa eccezione il pronto soccorso: nel caso l'accesso del ps dia corso ad una singola visita senza ulteriori prestazioni, l'importo della prestazione sarà di 23 Euro e il ticket per i codici bianchi con età superiore a 14 sarà di 25 Euro e l'importo netto azzerato.

POSIZIONE CONTABILE pos. 176 (livello di controllo SCARTANTE)

Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record

Posizione contabile 1:

viene utilizzata per quei record il cui mese di erogazione è attinente all'invio.

- (esempio: 1° mese di erogazione = 1° invio
2° mese di erogazione = 2° invio
3° mese di erogazione = 3° invio)

Posizione contabile 2 (integrazione):

viene utilizzata per quei record il cui mese di erogazione è antecedente all'invio.

Si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello

Posizione contabile 3 (correzione):

viene utilizzata per quei record, già presenti nell'archivio regionale, ai quali si ritiene di apportare delle modifiche. Ogni volta che la struttura ritiene di modificare qualche informazione del tracciato, dovrà necessariamente rispedire la tabella A e tutte le relative tabelle B. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

Posizione contabile 4 (eliminazione):

viene utilizzata esclusivamente per quei record già presenti nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare.

CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE pos. 266 (scartante dal 1-7-2009)

(per le prestazioni aggiuntive e riservato esclusivamente per le strutture private accreditate)

Le prestazioni specialistiche erogate dagli specialisti di strutture private accreditate, per completare l'iter diagnostico terapeutico finalizzato a rispondere ad uno specifico quesito posto su ricetta SSN, come da normativa nazionale⁴, non possono essere prescritte tramite la ricetta unica SSN. Queste "prestazioni aggiuntive" possono comunque essere effettuate all'interno di percorsi semplificati, per determinate tipologie di prestazioni, e relativi volumi, definiti da contratti di fornitura, purchè complementari rispetto alla richiesta che ha determinato l'accesso alla struttura. Al fine di monitorare l'andamento dei volumi di produzione per queste prestazioni, il campo "CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE" dovrà riportare il codice della ricetta unica SSN che ha generato le prestazioni aggiuntive. La compilazione di questo campo è riservata perciò solo alle strutture private accreditate.

11 ⁴ Legge n. 531 del 29 dicembre 1987

Segue:

Tabella A

2. DATI DELL'ASSISTITO

CODICE FISCALE ASSISTITO pos. 121 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani e viene eliminata la possibilità di inserire in alternativa il codice sanitario.

Per i cittadini temporaneamente presenti: nel campo deve essere indicato il **codice STP**, in sostituzione del codice fiscale. Per i neocomunitari a cui prima veniva assegnato il codice STP e' ammesso anche il codice ENI.

Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo non deve essere compilato.

Per garantire il rispetto delle regole relative alla Privacy, si chiede di non individuare il paziente tramite C.F. relativamente alle seguenti prestazioni:

- prestazioni che individuano specificatamente patologie correlate all' HIV o dipendenze
codice prestazione: 91.22.2 - 91.22.3 - 91.22.4 - 91.22.5 - 91.23.1 - 91.23.2 - 91.23.3 - 91.23.4 - 91.23.5, 913031
oppure posizione dell'utente nei confronti del ticket è 00 = Esente e contemporaneamente codice esenzione = B01 (soggetti a rischio di infezione HIV) oppure 020 (infezione da HIV)
oppure posizione dell'assistito nei confronti del ticket è 00 = Esente e contemporaneamente codice esenzione = 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool)

Per le prestazioni erogate ai "paganti in proprio" (regime di erogazione=03) il codice fiscale non è obbligatorio

Per tali situazioni di anonimato diventa obbligatorio inserire nei campi riservati al cognome e nome rispettivamente la dicitura "ANONIMO" e resteranno tuttavia obbligatori e scartanti la data di nascita, il sesso e il comune di residenza.

COGNOME E NOME ASSISTITO pos. 64, 94 *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Devono essere indicati il cognome e nome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO in entrambi i campi

SESSO DELL'ASSISTITO pos. 137 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

DATA DI NASCITA DELL'ASSISTITO pos. 138 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Formato GGMMAAAA

COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO pos. 146 *(livello di controllo SCARTANTE)*

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS)

Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste

COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO pos. 152 (livello di controllo SCARTANTE)

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Vedi comune di nascita

Per i senza fissa dimora codificare: 999999

CITTADINANZA DELL'ASSISTITO pos. 158 (livello di controllo SCARTANTE)

Si utilizzerà il codice a 3 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

Per i cittadini Italiani si codificherà con 100, mentre per gli apolidi con 999.

POSIZIONE DELL'ASSISTITO NEI CONFRONTI DEL TICKET pos. 163 (livello di controllo SCARTANTE)

00=Esente

04=Non esente

05=Non esente, ticket riscosso da altri

10=Non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)

CODICE O DENOMINAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE pos. 188

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, EE, NE, NX.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

STATO ESTERO pos. 216

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE pos. 218

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA pos. 238

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

DATA DI SCADENZA DELLA TESSERA pos. 258 (livello di controllo SCARTANTE)

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori: UE, NE.

Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) dell'assistito.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

DATI della PRESTAZIONE

CODICE AZIENDA pos. 1 (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL o OSPEDALIERA erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale

CODICE STRUTTURA EROGATRICE pos. 4 (livello di controllo SCARTANTE)

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota regionale del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930 e così come censito nell'anagrafe regionale delle strutture

CODICE CONTATTO pos. 10 (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per struttura erogatrice, che unisce il record in tabella A ai record in tabella B. Il codice, comunque formato, deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.

PROGRESSIVO PRESTAZIONE pos. 23 (livello di controllo SCARTANTE)

Numero compreso fra 1 e 98 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione.

QUESITO DIAGNOSTICO DEL MEDICO PRESCRITTORE pos. 25 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM 2002

CODICE ESENZIONE pos. 30 (livello di controllo SCARTANTE)

Codifiche ammesse per posizione dell'assistito nei confronti del ticket "00=esente":

Se il paziente è esente per Patologia Cronica

riportare il codice a tre o quattro cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 21/5/2001)

Se il paziente è esente per Malattia rara

riportare il codice a 6 cifre per le malattie rare (DM n. 279 del 18/5/2001)

Se il paziente è esente per Gravidanza

Inserire M00 esami preconcezionali

oppure da M01 a M41 gravidanza ordinaria composto da M + nn (settimana di gravidanza)

oppure M50 per le gravidanze considerate a rischio.

Per le rimanenti esenzioni

riportare il codice a 3 cifre della codifica nazionale delle condizioni di esenzione.

Per l'odontoiatria:

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 04 (non esente)

Inserire ISEE2 oppure ISEE3 oppure ISEE4 oppure ISEE5

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 00 (esente)

Inserire ISEE1

DISCIPLINA EROGATRICE pos. 36 (livello di controllo SCARTANTE)

Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 106, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. La modalità di accesso per tutte le prestazioni di PS dovrà essere valorizzata '06'

DATA DI PRENOTAZIONE pos. 39 (livello di controllo SCARTANTE)

Data l'importanza che riveste nell'ambito del monitoraggio dei tempi d'attesa effettivi, si chiede di porre particolare attenzione alla compilazione di tale informazione.

Per le modalità di accesso (01,02,03,04, 09) tale informazione è obbligatoria e la sua omissione determinerà lo scarto del record.

Per la modalità "09=Accesso diretto" la data di prenotazione dovrà coincidere con la data di erogazione.

Per le modalità di accesso 05 il livello di controllo è SEGNALAZIONE

DATA DI EROGAZIONE pos. 47 (livello di controllo SCARTANTE)

Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione

DATA DI CHIUSURA pos. 55 (livello di controllo SCARTANTE)

Solo per il day service, i cicli e i piani di trattamento odontoiatrici, pertanto deve essere compilata solo nel record corrispondente alla prestazione conclusiva.

PRESTAZIONE pos. 63 (livello di controllo SCARTANTE)

Codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR. 410/97 e successive modifiche) comprensivo dei punti separatori, ad eccezione dei codici con nota I.

QUANTITA' EROGATE pos. 70 (livello di controllo SCARTANTE)

Numero compreso fra 1 e 99, indica il n° di prestazioni eseguite relative allo stesso codice; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate

IMPORTO TOTALE PRESTAZIONE pos. 72, 76 (livello di controllo SCARTANTE)

Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per la tariffa unitaria della prestazione come da nomenclatore tariffario, o importo derivante da eventuali accordi contrattuali.

APPARTENENZA AL BACINO DI RIFERIMENTO (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Campo obbligatorio per le prestazioni presenti nella DGR 1532/06 (Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa)

0 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di utenza;

1 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza.

2 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza, ma non è fra quelle che garantiscono i TMA

CODICE DI PRONTO SOCCORSO pos. 79 (livello di controllo SCARTANTE)

Per codice di pronto soccorso si intende il codice assegnato dal medico in uscita dopo la visita e che identifica la gravità dell'episodio.

Episodi di pronto soccorso non seguiti da ricovero

- 1= per le prestazioni con codice bianco
- 2= per le prestazioni con codice verde
- 3= per le prestazioni con codice giallo
- 4= per le prestazioni con codice rosso

MONITORAGGIO PRESCRIZIONE pos. 80 (livello di controllo SCARTANTE)

Per i codici di prestazione di seguito indicati:

- 1= presenza quesito diagnostico
- 2= assenza quesito diagnostico

Non impostare negli altri casi

A seguito della nota regionale del 6 maggio 2003 prot.18621 sul monitoraggio della dose di radioesposizione nella popolazione che prevede per un set di 7 prestazioni di seguito riportate , il vincolo della presenza del quesito diagnostico nel modulo di prescrizione-richiesta, si inserisce l'obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico . Le prestazioni sono:

- 87.44.1 RX TORACE ROUTINE .NAS
- 88.23 RX POLSO MANO
- 88.27 RX FEMORE GINOCCHIO E GAMBE
- 88.28 RX PIEDE E CAVIGLIA
- 88.26 RX PELVI E ANCA
- 87.24 RX COLONNA LOMBOSACRALE
- 88.38.1 C DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE

Il vincolo della presenza del quesito diagnostico nel modulo di prescrizione-richiesta, con obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico, si applica anche per la richiesta di prestazioni che il nomenclatore tariffario regionale indica come erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, identificate dai seguenti codici:

- 142901 RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA
- 441401 BIOPSIA (ECOENDOSCOPICA) ESOFAGOGASTRODUODENALE
- 441931 ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE
- 452951 ECOENDOSCOPIA DEL COLON
- 452601 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON
- 482401 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA
- 482921 ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA
- 521901 ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA
- 521401 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA
- 851101 BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECO-GUIDATA
- 851102 BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI
- 887711 SPETTROSCOPIA DI RISONANZA MAGNETICA DEL PROTONE (1H-MRS)
- 887712 SPETTROSCOPIA DI RISONANZA MAGNETICA DEL FOSFORO (31 P-MRS)
- 930101 VALUTAZIONE FUNZIONALE COMPLESSA DELLE DISABILITÀ NEUROMOTORIE INFANTILI
- 930102 VALUTAZIONE FUNZIONALE SUCCESSIVA DELLE DISABILITÀ NEUROMOTORIE INFANTILI

CODICE DI LABORATORIO pos. 81, 84, 87, 93 (livello di controllo SCARTANTE)

Trattasi del codice di struttura identificata dal codice STS.11 sede del laboratorio che ha effettuato il set di esami e fisicamente ubicato sul territorio regionale. (Regione+azienda+STS11).

Diversamente se il laboratorio è ubicato fuori regione impostare solo il codice regione.

CODICE BASE SOLE pos. 93

Codice di prestazione utilizzato all'atto della prescrizione nell'ambito del progetto SOLE e presente nella cartella utilizzata dal medico di medicina generale.

3-TRACCIATO RECORD

Le informazioni contenute nella scheda ambulatoriale riguardano essenzialmente:

- l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime ambulatoriale – Tabella A
- le caratteristiche dell'assistito (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- le informazioni relative alla prescrizione e al medico prescrittore – Tabella A
- le informazioni sulla prestazione – Tabella B

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

I campi numerici devono essere allineati a destra;

Le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero";

Le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

Grado di obbligatorietà (Vincolo)

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBBV : Campo obbligatorio e vincolante

OBB : Campo obbligatorio in determinate circostanze

FAC : Campo facoltativo

Livello di controllo indica se il tipo di controllo (logico-formale) è scartante in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di semplice segnalazione ma non scartante nel file "statistiche scarti". Il verificarsi di una mancata o errata informazione della tabella A o della tabella B genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quella prescrizione il quale verrà restituito alla struttura di competenza (struttura erogatrice) che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio.

Le modifiche introdotte rispetto alla circolare precedente sono state evidenziate in grigio.

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda.	Codice dell'azienda USL o AOSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Struttura erogatrice	Codice STS 11 disponibile nel sito internet dell'ASA http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm	OBBV	SCARTANTE
10	AN 13	Codice contatto	Identificativo univoco per struttura erogatrice, che unisce il record in tabella A ai record in tabella B. Il codice, comunque formato, deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.	OBBV	SCARTANTE
23	AN 16	Codice a barre della ricetta	Codice a barre della ricetta. Compilare sempre se tipologia della modulistica prescrittiva = 1,3, 8 con codice a barre di 15 cifre che deve essere allineato a sinistra	OBB	SCARTANTE
39	AN 2	Tipologia Medico prescrittore	<i>Valori ammessi:</i> 01 = Medico di Medicina Generale (MMG) 02 = Pediatra di libera scelta (PLS) 03 = Medico specialista ospedaliero 04 = Medico specialista territoriale 05 = Guardia turistica 06 = Guardia medica 07 = Non previsto (es libero accesso, Pronto Soccorso) 08 = Medico altra regione 99 = Altro (es medico INPS, INAIL)	OBBV	SCARTANTE
41	AN 1	Ricetta informatizzata	<i>Valori ammessi:</i> 0 = Ricetta non informatizzata 1 = Ricetta informatizzata con presenza della bifatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode 2 = Ricetta informatizzata con presenza della sola bifatura "Stampa PC" Compilare sempre se la modulistica prescrittiva=1 (ricetta rossa)	OBBV	SCARTANTE
42	N4	FILLER			
46	AN 16	Codice fiscale del Medico prescrittore	Se tipologia prescrittore = 03,04, e tipologia della modulistica prescrittiva=3, riportare il Codice Fiscale Negli altri casi ,se disponibile, compilare (non scartante)	OBB	SCARTANTE
62	AN 2	Regime di erogazione	<i>Valori ammessi</i> 01 = SSN 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche) 03 = Pagante in proprio 04= Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche) 99 = Altro	OBBV	SCARTANTE
64	AN 30	Cognome dell'assistito	Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	OBB	SEGNALAZIONE
94	AN 20	Nome dell'assistito	Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge	OBB	SEGNALAZIONE
114	AN 7	Codice episodio di cura	Tale informazione è specifica per la ricetta SSN quando la modalità d'accesso è Day Service. E' un identificativo univoco per Azienda che permetta di raggruppare le ricette SSN e le relative prestazioni corrispondenti ad un unico episodio di DSA. Il codice Episodio di cura dovrà essere obbligatoriamente utilizzato per l'erogazione di prestazioni a cittadini residenti in altre regioni, per i quali è necessario l'utilizzo della ricetta SSN. Fermo restando che, su tale ricetta, non possono essere richieste più di 8 prestazioni per branca e la stessa deve essere univoca per tipologia d'esenzione (esente/non esente).	OBB	SEGNALAZIONE
121	AN 16	Codice fiscale dell'assistito	- Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani, tranne nei casi di anonimato . - Per i cittadini temporaneamente presenti codice STP o ENI, in sostituzione del codice fiscale. - Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo non deve essere compilato	OBB	SCARTANTE

137	AN 1	Sesso dell'assistito	1=Maschio, 2=Femmina	OBBV	SCARTANTE
138	AN 8	Data di nascita dell'assistito	Formato GGMMAAAA	OBBV	SCARTANTE
146	AN 6	Comune di nascita dell'assistito	Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS) Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste	OBBV	SCARTANTE
152	AN 6	Comune di residenza	Vedi comune di nascita Per i senza fissa dimora codificare: 999999	OBBV	SCARTANTE
158	AN 3	Cittadinanza	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	OBBV	SCARTANTE
161	AN 2	Modalità di accesso	Valori ammessi: 01 = Ordinario (Programmabile) 02 = Controllo/programmato 03 = Urgente (24 h) 04 = Urgente differibile (7 giorni) 05 = Day service ambulatoriale (DSA) 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero 07 = Screening (programma aziendale/regionale) 09 = Accesso diretto 10 = Osservazione Breve Intensiva (OBI) 99 = Altro	OBBV	SCARTANTE
163	AN 2	Posizione dell'assistito nei confronti del ticket	Valori ammessi: 00=Esente 04=Non esente 05=Non esente, ticket riscosso da altri 10=Non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)	OBBV	SCARTANTE
165	N 3	Importo ticket: parte intera	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; importo intero. Valorizzare se posizione ticket=04	OBB	SCARTANTE
168	N 2	Importo ticket: parte decimale	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; centesimi. Valorizzare se campo precedente diverso da 0.	OBB	SCARTANTE
170	N 4	Importo netto: parte intera	Importo ottenuto dalla somma dell'importo totale delle prestazioni meno importo del ticket. Per totale si intende il totale per prescrizione. L'importo totale può risultare inferiore alla somma delle tariffe delle prestazioni erogate nel caso di prestazioni scontate e/o "a pacchetto"; riportare il valore in Euro parte intera. Ammissibili anche importi negativi.	OBBV	SCARTANTE
174	N 2	Importo netto: decimale	Centesimi relativi all'importo totale precedente	OBBV	SCARTANTE
176	AN 1	Posizione contabile	Valori ammessi: 1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai mesi precedenti 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato	OBBV	SCARTANTE
177	AN 6	Data prescrizione	Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA L'anno non può essere anteriore all'anno 2006 e successivo all'anno in corso.	OBBV	SEGNALAZIONE

SEGUE :

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
185	AN2	Tipo ricetta	Sono accettati esclusivamente i seguenti valori: ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP) UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee NX = Assistito SASN straniero : soggetto assistito da istituzioni extraeuropee In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi).	OBB	SCARTANTE
187	AN1	Tipologia della modulistica prescrittiva	Indica la tipologia della modulistica prescrittiva. Valori ammessi: 1= ricetta unica SSN 2= ricetta libera (privato pagante, libera professione) 3= modulistica DAY SERVICE 4= percorso semplice (NON PIU' VALIDO) 5= non prevista - libero accesso 6= non prevista - pronto soccorso/obi (senza ricetta) non seguito da ricovero 7= non prevista- screening 8= prestazione aggiuntiva (codifica riservata esclusivamente alle strutture private accreditate)	OBB	SCARTANTE
188	AN28	Codice istituzione competente	Se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, EE, NE, NX . Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	SEGNALAZIONE
216	AN2	Stato estero	Se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	SEGNALAZIONE
218	AN20	Numero di identificazione personale	Se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	SEGNALAZIONE
238	AN20	Numero di identificazione della tessera	Se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	SEGNALAZIONE
258	AN8	Data scadenza della tessera	Se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE. Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) dell'assistito. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta. Formato: GGMMAAAA	OBB	SEGNALAZIONE
266	AN 16	Codice a barre della ricetta indice	Codice ricetta rossa che ha generato la prestazione aggiuntiva (compilazione riservata ai privati accreditati)	OBB	SCARTANTE DAL 1-7-2009

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni prestazione)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Codice struttura erogatrice	Codice STS 11 . V. tab.A	OBBV	SCARTANTE
10	AN 13	Codice contatto	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
23	AN 2	Progressivo prestazione	Numero compreso fra 1 e 98 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione. Le righe devono essere ordinate in sequenza nel file da 1 a 98	OBBV	SCARTANTE
25	AN 5	Quesito diagnostico del medico prescrittore	Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM2002 ed eventuali aggiornamenti	OBB	SEGNALAZIONE
30	AN 6	Codice esenzione	<p><i>Codifiche ammesse per posizione dell'assistito nei confronti del ticket "00-esente":</i></p> <p>Se il paziente è esente per Patologia Cronica riportare il codice a tre o quattro cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 21/5/2001)</p> <p>Se il paziente è esente per Malattia rara riportare il codice a 6 cifre per le malattie rare (DM n. 279 del 18/5/2001)</p> <p>Se il paziente è esente per Gravidanza Inserire M00 esami preconcettuali oppure da M01 a M41 gravidanza ordinaria composto da M + nn (settimana di gravidanza) oppure M50 per le gravidanze considerate a rischio.</p> <p>Per le rimanenti esenzioni riportare il codice a 3 cifre della codifica nazionale delle condizioni di esenzione.</p> <p>Per l'odontoiatria: Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 04 (non esente) Inserire ISEE2 oppure ISEE3 oppure ISEE4 oppure ISEE5 Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 00 (esente) Inserire ISEE1</p>	OBB	SCARTANTE
36	N 3	Codice disciplina unità operativa erogatrice	Codice disciplina disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm	OBBV	SCARTANTE
39	AN 8	Data prenotazione	Formato GGMMAAAA per le modalità di accesso ('01,02,03,04, 09)	OBB	SCARTANTE
47	AN 8	Data erogazione	Formato GGMMAAAA. Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione	OBBV	SCARTANTE
55	AN 8	Data chiusura	Formato GGMMAAAA: solo per il day service ed i cicli e i piani di trattamento odontoiatrici	OBB	SCARTANTE
63	AN 7	Codice prestazione	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBBV	SCARTANTE
70	N 2	Quantità	Numero compreso fra 1 e 99, indica il n° di prestazioni eseguite relative allo stesso codice; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBBV	SCARTANTE
72	N 4	Importo totale prestazione: parte intera	Parte intera dell'importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario, come da nomenclatore tariffario, o importo derivante da eventuali accordi contrattuali.	OBBV	SCARTANTE
76	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale	Parte decimale dall'importo v. sopra.	OBBV	SCARTANTE

78	AN1	Appartenenza al bacino di riferimento	Campo obbligatorio per le prestazioni presenti nella DGR 1532/06 (Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa) 0 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di utenza; 1= l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza. 2 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza, ma non è fra quelle che garantiscono i TMA	OBB	
79	AN 1	Codice di Pronto Soccorso	Se modalità di accesso=06 1= per le prestazioni con codice bianco 2= per le prestazioni con codice verde 3= per le prestazioni con codice giallo 4= per le prestazioni con codice rosso Non impostare negli altri casi	OBB	SCARTANTE
80	AN 1	Monitoraggio Prescrizione	Per i codici di prestazione indicati nella circolare 1= presenza quesito diagnostico 2= assenza quesito diagnostico Non impostare negli altri casi	OBB	SCARTANTE
81	AN3	Regione laboratorio	Regione in cui è ubicato il laboratorio Impostare sempre per le prestazioni di laboratorio	OBB	SCARTANTE
84	AN3	Azienda laboratorio	Azienda in cui è ubicato il laboratorio. Impostare sempre per le prestazioni di laboratorio e nel caso di struttura regionale	OBB	SCARTANTE
87	AN 6	Codice laboratorio	Codice STS 11 obbligatorio per le prestazioni di laboratorio. Codice della struttura sede del laboratorio che ha effettuato il set di esami Impostare sempre per le prestazioni di laboratorio e nel caso di struttura regionale	OBB	SCARTANTE
93	AN 8	Codice base SOLE	Codice di prestazione utilizzato all'atto della prescrizione nell'ambito del progetto SOLE e presente nella cartella utilizzata dal medico di medicina generale (Corretto se compilato) Sono accettati anche solo i primi 4 caratteri	FAC	

4-MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Per adempiere al programma di monitoraggio della spesa sanitaria, previsto dall'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326 comma 11 e al piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, D.G.R. n 1532 del 6-11-2006, le scadenze previste per l'invio dei dati alla Regione per il 2009 (**vedere calendario**) rimangono mensili e dovranno avvenire **entro le ore 16,00 del giorno 7 di ogni mese** (se il 7 del mese coincide con una festività o prefestività l'invio sarà da effettuare il primo giorno feriale utile). Le strutture private, una volta effettuato l'invio dei dati tramite supporto magnetico all'Azienda USL di ubicazione, dovranno inoltre comunicare alla stessa, tramite e-mail, il nome e il codice della struttura, il numero di record inviati e l'indirizzo numero telefonico.

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Le strutture private accreditate dovranno inviare su supporto magnetico, secondo le scadenze previste dalla circolare alle Aziende USL di ubicazione territoriale, i dati delle prestazioni erogate a cittadini italiani e non e prescindere dal regime di erogazione.

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE AZIENDE USL/OSP

Per trasmettere i dati tramite il nuovo portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali <https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/flussi>, occorre essere in possesso di un'utenza EXRARER attribuita dalla Regione Emilia-Romagna. Inoltre, ogni Azienda USL dovrà farsi carico anche dell'invio dei file prodotti dalle strutture private accreditate ubicate sul proprio territorio, per tutte le prestazioni erogate dalle stesse a pazienti residenti, e non.

I dati delle strutture private dovranno essere accodati, **senza apportarvi alcuna modifica**, al file dell'Azienda inviante in modo tale che il file risulti essere unico. Ogni Azienda deve inviare i file (**INVIO FILE**) da sottoporre al programma regionale dei controlli (**SIMULAZIONE**), verificare l'esito dell'elaborazione, per poi correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che vanno consolidati (**CONSOLIDAMENTO**) da parte dell'azienda.

Poiché le strutture sanitarie private non dispongono di ugual strumenti informatici messi a disposizione dalla regione per l'effettuazione delle simulazioni e controlli sui dati del flusso ASA, si raccomanda alle Aziende di effettuare per conto delle proprie strutture private, nei giorni antecedenti la scadenza dell'invio del file ASA alla Regione, le simulazioni sui dati di attività delle medesime, anche se riferite a residenti di altre aziende sanitarie, rendicontandone l'esito alle stesse.

Successivamente segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si conclude con il caricamento in banca dati, la produzione del ritorno informativo per le strutture e l'invio del flusso al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

CALENDARIO DEGLI INVII

I dati devono essere inviati mensilmente e devono essere consolidati entro il giorno 7 del mese successivo al mese di erogazione.

Prestazioni	Invio	Periodo di simulazione	Consolidamento dati
Anno 2008	13°	dal 10-2-2009 al 20-2-2009	20-2-2009
Anno 2008	Eventuale 14°	dal 11-3-2009 al 18-3-2009	18-3-2009
Anno 2009	1° (erogato gennaio)	dal 12-1-2009 al 6-2-2009	6-2-2009
Anno 2009	2° (erogato febbraio e integrazioni)	dal 25-2-2009 al 6-3-2009	6-3-2009
Anno 2009	3° (erogato marzo e integrazioni)	dal 23-3-2009 al 7-4-2009	7-4-2009
Anno 2009	4° (erogato aprile e integrazioni)	dal 10-4-2009 al 7-5-2009	7-5-2009
Anno 2009	5° (erogato maggio e integrazioni)	dal 10-5-2009 al 7-6-2009	7-6-2009
Anno 2009	segue	segue	segue

5-CONTROLLO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, si basano su requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record. Il processo di validazione effettuato su ogni file trasmesso mensilmente dalle strutture, verte fondamentalmente su una serie di controlli di tipo logico-formale e riguarda soprattutto le informazioni anagrafiche e sanitarie dichiarate dalle strutture erogatrici. L'assenza dei requisiti di qualità determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo alla prescrizione/prestazione errata. Tramite il Ritorno Informativo, con periodicità mensile, vengono messi a disposizione delle singole Aziende/Strutture di competenza le prescrizioni/prestazioni scartate e i file relativi alla mobilità interregionale e infraregionale per la compensazione/fatturazione finanziaria. Il file della mobilità interregionale contiene anche le prestazioni erogate ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione)

La crescente esigenza di effettuare controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nasce in conseguenza al fatto che tale attività è oggetto di monitoraggio, sia per quanto riguarda la spesa nel settore sanitario sia per quanto riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. Al fine di agevolare le attività del gruppo tecnico regionale, istituito con determina del Direttore Generale n.13491 del 3/11/2008 per l'attività di controllo per le prestazioni sanitarie, nel corso del 2009, saranno effettuati in via sperimentale alcuni **nuovi controlli informatici sulla corretta valorizzazione economica dell'attività ambulatoriale e sulla corretta applicazione delle regole prescrittive.**

Nello specifico :

- controlli sul **numero massimo di prestazioni per ricetta** in base ai quali non possono essere richieste più di 8 prestazioni per branca.
- controlli sulla **valorizzazione della prestazione** in base ai quali tale valore non deve mai superare la tariffa prevista dal nomenclatore regionale.
- controlli sulla **valorizzazione del ticket** in base ai quali tale valore non deve mai superare la tariffa della prestazione.
- controlli sulla **valorizzazione dell'importo netto** in base ai quali l'importo a carico del servizio sanitario non deve superare la tariffa della prestazione netizzata da eventuale ticket.

Una più dettagliata spiegazione su tutti i tipi di controlli informatici che vengono eseguiti si rimanda al capitolo 7.

6-RITORNO INFORMATIVO

Tramite il Ritorno Informativo, mensilmente sono disponibili sul portale WEB del Servizio **Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali**, i seguenti tipi di file:

- A) Statistiche sugli scarti ed errori informativi
- B) Scarti
- C) Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero**
- D) Mobilità attiva infraregionale
- E) Mobilità passiva infraregionale (accesso riservato tramite password alle sole Ausl)

Il contenuto dei file può essere scaricato impostando i seguenti parametri:

Ritorno Informativo (accesso libero)

Azienda	<input type="text" value=""/>
Anno	<input type="text" value="2008"/>
Invio	<input type="text" value="2°"/>
Tipo di file:	<input type="text" value="tutti"/>
<input type="button" value="Visualizza File"/>	

Per la decompressione del file è necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0) e la suddivisione all'interno del file è organizzata per codice struttura erogatrice ubicata all'interno dell'Azienda. Nel caso in cui manchi il codice della struttura erogatrice è stato inserito un nome fittizio: Sunknow.

I file da scaricare hanno una denominazione così composta :

Axxxx si intende l'anno di erogazione (es. A2009)

lxx il numero di invio (es. l01 per il primo invio)

Axxx l'azienda erogante/di ubicazione territoriale (es. A101)

Sxxxxx il codice della struttura erogatrice

A) FILE STATISTICHE SCARTI ED ERRORI INFORMATIVI (nome file **Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.STA.zip**)

Questo file contiene alcuni prospetti statistici sul risultato del caricamento dei record.

B) FILE SCARTI(nome file **Axxxx.Ixx.Axxx.Sxxxxxx.ERR.zip**)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello, viene fornito mensilmente alle singole strutture erogatrici (pubbliche e private) che dovrà provvedere alla correzione e all'invio con i mesi successivi secondo quanto previsto dalla Circolare Regionale.

tracciato :

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 1	Tipo file (A/B)
2	AN 3	Az. USL/Az. Osp.
5	AN 6	Codice struttura erogante
11	AN 13	Codice contatto
24	AN 2	Progressivo prestazione (solo se File B)
26	AN 4	Codice errore
30	AN 60	Descrizione errore
90	N 3	Posizione del campo che presenta l'errore

C) MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO (nome file **Axxxx.Ixx.Axxx.Sxxxxxx.MOBEXTRA.zip**)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni (regime di erogazione " a carico del SSN"). Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche le prestazioni erogate ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione)

D) MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE(nome file **Axxxx.Ixx.Axxx.Sxxxxxx.MOBATTINFRA.zip**)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni da addebitare alle Aziende della Regione (regime di erogazione " a carico del SSN"). Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare o da fatturare.

Tracciati: Mobilità attiva interregionale e infraregionale

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda Sanitaria
4	AN 6	Codice struttura erogante
10	AN 13	Codice contatto
23	N 4	Importo totale, calcolato dalla struttura erogatrice, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
27	N 2	(parte decimale)
29	N 3	Importo ticket calcolato dalla struttura erogatrice (parte intera)
32	N 2	(parte decimale)
34	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dalla struttura erogatrice (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
38	N 2	(parte decimale)
40	AN 6	Comune di residenza assistito

E) MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE (solo per AUSL con password)

Questo file contiene tutti i record validati (regime di erogazione " a carico del SSN") delle prestazioni erogate da altre Aziende pubbliche e private accreditate del territorio regionale a favore dei propri residenti .

Tracciato:

Tabella A

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda di ubicazione
4	AN 6	Struttura erogatrice
10	AN 13	Codice contatto
23	AN 2	Tipologia Medico prescrittore
25	AN 2	Regime di erogazione
27	AN 30	Cognome dell'assistito
57	AN 20	Nome dell'assistito
77	AN 16	Codice fiscale dell'assistito
93	AN 6	Comune di residenza
99	AN8	Data di nascita assistito
107	AN 2	Modalità di accesso
109	AN 2	Posizione dell'assistito nei confronti del ticket
111	N 3	Importo ticket: parte intera Calcolato dalla struttura erogatrice
114	N 2	Importo ticket: parte decimale Calcolato dalla struttura erogatrice
116	N 4	Importo netto: parte intera Calcolato dalla struttura erogatrice
120	N 2	Importo netto: decimale Calcolato dalla struttura erogatrice

Tabella B

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda di ubicazione
4	AN 6	Struttura erogatrice
10	AN 13	Codice contatto
23	AN 5	Quesito diagnostico del medico prescrittore
28	AN 6	Codice esenzione
34	N 3	Codice disciplina unità operativa erogatrice
37	AN 8	Data prenotazione
45	AN 8	Data erogazione
53	AN 7	Codice prestazione
60	N 2	Quantità
62	N 4	Importo totale prestazione: parte intera Calcolato dalla struttura erogatrice
66	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale Calcolato dalla struttura erogatrice

7- CONTROLLI LOGICO FORMALI

Il verificarsi di una mancata o errata informazione della tabella A o della tabella B genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quella prescrizione il quale verrà restituito alla struttura di competenza (struttura erogatrice) che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio.

CONTROLLI DI ABBINABILITA'

Il primo controllo effettuato riguarda l'abbinabilità tra la tabella A (prescrizione) e la tabella B (prestazione). Tale appaiamento si effettua attraverso la chiave composta dai primi 22 caratteri (Codice azienda+codice struttura erogatrice+codice contatto)

CONTROLLI "BLOCCANTI" SUI RECORD ABBINATI.

I controlli bloccanti, se non superati, generano lo scarto della prescrizione/prestazione dall'archivio regionale.

Sulla **prescrizione** (dati del file A) vengono effettuati i seguenti controlli:

- Controlli sui campi della chiave.
- Controlli sugli altri campi della prescrizione.

Per tutte le **prestazioni** (dati del file B) collegate alla prescrizione :

- Controlli sui campi delle prestazioni (sui campi diversi da quelli della chiave).

CONTROLLI "INFORMATIVI" SUI RECORD ABBINATI.

Se i controlli bloccanti sono stati superati, vengono eseguiti controlli "informativi" su tutte le informazioni della prescrizione e relative prestazioni. I controlli informativi, se non superati, generano una segnalazione di non corretta codifica alla struttura, senza compromettere la registrazione del record nell'archivio regionale.

Note per la lettura della griglia dei controlli

Nella colonna errori viene indicato il codice di errore seguito da una lettera

"**B**" errore bloccante e scartante, le prescrizioni e prestazioni con errori di tipo "B" non entrano nella banca dati regionale.

"**I**" errore informativo, le prescrizioni e prestazioni con errori di tipo "I" entrano nella banca dati, ma vengono evidenziati nei file delle statistiche di scarto disponibili nel ritorno informativo.

CONTROLLI SUL FILE A – FILE PRESCRIZIONI /CONTATTO

POS.	NOME CAMPO	CONTROLLI	ERRORE
1	Az. USL/Az. Osp.	<p>-OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valido -Congruente con il codice Azienda presente in scheda 	<p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A805 B -Campo incongruente con i dati scheda</p>
4	CODICE STRUTTURA EROGATRICE	<p>-OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deve essere presente in anagrafica regionale rispetto alla data di riferimento -Verifica che la struttura non sia presente per un'altra azienda -La tipologia dell'utente deve essere congruente con il tipo di struttura -la data di riferimento non precedente all'apertura o successiva alla chiusura della struttura . -Il tipo assistenza può valere: <ul style="list-style-type: none"> S01 attività clinica S02 diagnostica strumentale S03 attività di laboratorio S04 attività di consultorio materno infantile 	<p>A901 B-Dato mancante A314 B-Codice struttura non presente in archivio A321 B-Codice struttura incompatibile con azienda A910 B -Utente pubblico – solo strutture pubbliche A911 B-Utente privato – solo strutture private A332 B-Struttura aperta successivamente A331 B-Tipo assistenza erogata incompatibile con ASA</p>
10	CODICE CONTATTO Primi 4 byte AAAA	<p>-ANNO OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Numerico -L'anno deve essere congruente con i dati della prestazione. Vengono accettate le prestazioni erogate dai 4° trimestre dell'anno precedente al 1° trimestre dell'anno da elaborare , sia con anno contatto uguale all'anno elaborazione che con anno elaborazione meno uno (vengono accettate cioè prestazioni a cavallo dei due anni: dall'ultimo trimestre dell'anno precedente al trimestre dell'anno da elaborare, purché almeno una prestazione sia stata erogata nell'anno di competenza). Possono essere gestite prestazioni di competenza dell'anno di gestione, ma che presentano un progressivo e anno contatto relativi all'anno precedente .oppure prestazioni con date erogazione relative ad entrambi gli anni, anno di gestione e anno precedente, ma con anno contatto uguale all'anno di gestione. Ecezione a tutto ciò è data dalle prestazioni cicliche, ovvero quando la data fine ciclo e' valorizzata ed è dell'anno di gestione: in questo caso viene accettata anche una sola prestazione con anno contatto precedente solo se la quantità erogata risulti maggiore di 1). <p>-PROGRESSIVO OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se posizione contabile 3 o 4 il codice contatto deve essere presente nella banca dati. -Se posizione contabile 1 o 2 il codice contatto non deve essere presente nella banca dati. 	<p>A323 B -Anno contatto mancante A322 B -Anno contatto non numerico A802 B -Anno incongruente con anno da elaborare A329 B -Anno contatto incongruente con anno erogazione</p> <p>A324 B-Progressivo contatto mancante. A325 B- Posizione contabile 3 o 4 per prescrizione inesistente A312 B-Codice progressivo già utilizzato nell'anno</p>
	PROGRESSIVO		

23	<p>CODICE A BARRE DELLA RICETTA</p> <p>Se tipo Modulistica 1 : Codice regione (3) Anno (2) Numero ricetta (10)</p>	<p>OBBLIGATORIO se tipologia modulistica 1,3,8 -non compilare per tipologia modulistica: 2, 5, 6, 7 -Il 16° carattere non deve essere valorizzato (il codice a barre e' sempre lungo 15) -Deve essere valorizzato in tutti e 15 i caratteri</p> <p>Codice regione -Obbligatorio -Numerico -Valido</p> <p>Anno -Obbligatorio -Numerico</p> <p>Numero ricetta -Obbligatorio -Numerico -Cifra di controllo valida</p> <p>Codice regione -Deve valere 080 (Emilia Romagna)</p> <p>Anno -Obbligatorio -Numerico</p> <p>Codice azienda -Obbligatorio</p> <p>Carattere identificativo Se tipologia modulistica=3 deve valere 'D'. Se tipologia modulistica=8 deve valere 'P'</p> <p>Numero ricetta -Obbligatorio -Numerico</p> <p>-OBBLIGATORIO -Valido</p>	<p>A901 B -Dato mancante A528 B - Per il tipo modulistica impostato non deve essere compilato A372 B -Il codice a barre deve essere 15 caratteri A381 B- Il codice a barre non deve contenere spazi</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A306 B-Regione non presente in tabella</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B- Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A308 B-Carattere di controllo errato</p> <p>A373 B-Codice regione non valido per il tipo modulo</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A307 B-Codice azienda non presente in tabella entit</p> <p>A374 B-Carattere identificativo non valido per tipo modulo</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A309 B-Tipo prescrittore non presente in tabella</p>	<p>A901 B-Dato mancante A528 B - Per il tipo modulistica impostato non deve essere compilato A372 B -Il codice a barre deve essere 15 caratteri A381 B- Il codice a barre non deve contenere spazi</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A306 B-Regione non presente in tabella</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B- Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A308 B-Carattere di controllo errato</p> <p>A373 B-Codice regione non valido per il tipo modulo</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A307 B-Codice azienda non presente in tabella entit</p> <p>A374 B-Carattere identificativo non valido per tipo modulo</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico</p> <p>A901 B-Dato mancante A309 B-Tipo prescrittore non presente in tabella</p>
39	<p>TIPOLOGIA MEDICO PRESCR.</p>	<p>-OBBLIGATORIO -Valido</p>	<p>A901 B-Dato mancante A309 B-Tipo prescrittore non presente in tabella</p>	<p>A901 B-Dato mancante A309 B-Tipo prescrittore non presente in tabella</p>
41	<p>RICETTA INFORMATIZZATA</p>	<p>OBBLIGATORIO se modulistica prescrittiva=1 (ricetta rossa) Valido</p>	<p>A901 B-Dato mancante A528 B - Per il tipo modulo diverso da SSN non deve essere compilato A528 B- Ricetta informatizzata non valida</p>	<p>A901 B-Dato mancante A528 B - Per il tipo modulo diverso da SSN non deve essere compilato A528 B- Ricetta informatizzata non valida</p>

46	IDENTIFICATIVO MEDICO (CODICE FISCALE)	<p>-Se tipologia prescrittore 01, 02, 03, 04, 05, 06 e tipologia modulistica prescrittiva 1, 2, 8 riportare il codice fiscale</p> <p>-Se valorizzato non deve contenere blank</p> <p>-Se valorizzato deve essere formalmente valido</p> <p>-Se tipologia prescrittore 08 compilare se disponibile</p> <p>-Nel caso tipologia modulistica day service (3) gli errori sul medico sono bloccanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deve essere presente -non deve contenere blank -deve essere formalmente valido -deve essere presente in anagrafe di riferimento alimentata con dati di soggetti 	<p>A901 I -Dato mancante</p> <p>A905 I-Cod. fiscale formalmente errato</p> <p>A906 I -Ceck digit codice fiscale errato</p> <p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A905 B- Cod. fiscale formalmente errato</p> <p>A906 B-Ceck digit codice fiscale errato</p> <p>A382 B-Medico non presente in anagrafe di riferimento</p> <p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A315 B-Regime di erogazione non valido</p>
62	REGIME DI EROGAZIONE	<p>-OBBLIGATORIO</p> <p>-Deve essere valido, valori ammessi: (01, 02, 03, 04, 99)</p>	

Pos.	NOME CAMPO	CONTROLLI	DESCRIZIONE ERRORI
64	COGNOME	-Facoltativo Nei casi di anonimato è obbligatorio inserire "ANONIMO" -Se tipo ricetta UE NE EE NX il cognome è obbligatorio	A901 I -Dato mancante A359 I -Straniero non identificabile
94	NOME	-Facoltativo Nei casi di anonimato è obbligatorio inserire "ANONIMO". -Se tipo ricetta UE NE EE NX il cognome è obbligatorio	A901 I -Dato mancante A359 I -Straniero non identificabile
114	CODICE EPISODIO DI CURA (DAY SERVICE)	OBBLIGATORIO se modulistica prescrittiva-1 (ricetta rossa) e modalità d'accesso = 05 (day service)	A901 I - Dato mancante
121	CODICE FISCALE	OBBLIGATORIO PER I CITTADINI ITALIANI (tranne per i casi di anonimato) <ul style="list-style-type: none"> Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo deve essere a spazio. Nei seguenti casi il CF è facoltativo: <ul style="list-style-type: none"> per le prestazioni erogate ai paganti in proprio (regime di erogazione = 03 o 04) se posizione dell'utente nei confronti del ticket è "00" (Esente) e contemporaneamente codice esenzione B01 (soggetti a rischio HIV) oppure D20 (iniezione di HIV) se posizione dell'assistito nei confronti del ticket = 00 (esente) e contemporaneamente codice esenzione = 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotropi, alcool) se il codice prestazione è : 91.22.3, 91.22.4, 91.22.5, 91.23.1, 91.23.2, 91.23.3, 91.23.4, 91.23.5, 91303 il codice fiscale è facoltativo. In questi casi si deve avere l'indicazione di Anonimo Arterio in cognome nome. <ul style="list-style-type: none"> Se impostato il codice fiscale: non deve contenere blank Se valorizzato deve essere formalmente valido Se tipo ricetta 'st' : il codice fiscale deve essere composto da : sip codice regione, usi e progressivo	A344 B-Codice fiscale impostato per tipo ricetta ue ee ne nx A901 B-Dato mancante A905 B-Cod. fiscale formalmente errato A906 B-Ceck digit codice fiscale errato A306 -Codice regione non presente in tabella A307 I-Codice azienda non presente in tabella A902 I -Dato non numerico
137	SESSO	OBBLIGATORIO -numerico -congruente con il codice fiscale (controllo eseguito solo se il sesso e il codice fiscale sono corretti) -uguale ad 1 o 2	A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A106 B-Sesso non congruente con codice fiscale A103 B-Sesso non valido
138	DATA NASCITA	OBBLIGATORIO <ul style="list-style-type: none"> Deve essere numerica Deve essere formalmente valida L'anno non deve essere superiore all'anno di elaborazione Non possono trascorrere più di 120 anni fra l'anno della data di nascita e l'anno della data di elaborazione Precedente alla data di prenotazione se presente e valida. Precedente alla data di erogazione se presente e valida Congruente con codice fiscale (il controllo viene eseguito solo se la data di nascita e il codice fiscale sono corretti, per il controllo del giorno il sesso deve essere valorizzato correttamente) 	A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A903 B-Data formalmente errata A108 B-Data di prenotazione antecedente a data di nascita A107 B-Data di erogazione antecedente a data di nascita A349 B-Incongruenza con codice fiscale

146	COMUNE DI NASCITA	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Se nato in Italia deve esistere nella tabella di comuni . Per i nati all'estero codificare 999+codice a tre cifre dei paesi esteri nella tabella TCOMMOS, se il paese estero è cessato e non ha più codice istat valorizzare a spazi (es UNIONE SOVIETICA, codice fiscale che finisce con Z135, è cessato e non ha codice per cui valorizzare a SPAZI) Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste, mentre va valorizzato se è cessato ma esiste il codice istat (es URAGO MELLA codice cessato ma presente nella tabella istat 017905) Il comune di nascita può essere trasmesso a spazi o a 000000. Se il comune di nascita e il codice fiscale sono formalmente corretti si controlla che il comune di nascita sia congruente con il codice istat presente nel codice fiscale 	<p>A338 B-Comune di nascita non impostato A316 B-Codice comune non presente in tabella</p> <p>A339 B-Comune di nascita non congruente con il codice fiscale</p>								
152	COMUNE DI RESIDENZA	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Se valorizzato deve esistere nella tabella dei comuni e risultare valido alla data di riferimento Non deve essere cessato Per i comuni italiani si controlla il cod. USL di residenza Si verifica congruenza tra tipo ricetta e il comune di residenza. Se ricetta a cittadino straniero (tipo ricetta ST UE EE NE NX) e il comune di residenza non è uno stato estero (non inizia per 999) errore scartante. Può esistere invece un comune di residenza con 999 e tipo ricetta non valorizzata in quanto può essere un cittadino straniero che non rientra in quella casistica 	<p>A901 B-Dato mancante A316 B-Codice comune non presente in tabella</p> <p>A364 B-Codice comune cessato A311 B-Cod. USL di residenza non presente in tabella A337 B-Incongruenza con il tipo ricetta</p>								
158	CITTADINANZA	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Deve essere presente nella tabella dei comuni Per i cittadini italiani codificare 100, per gli apolidi 999. 	<p>A340 B-Cittadinanza non impostato A317 B -Codice cittadinanza non presente in tabella</p>								
161	MODALITÀ D'ACCESSO	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Valido La modalità di accesso deve essere congruente con la tipologia modulsistica <p>Modalità di accesso Tipologia modulsistica prescrittiva</p> <table border="1"> <tr> <td>07</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>1,3</td> </tr> </table> <p>Per le strutture private non può valere 06 (pronto soccorso) o 10 (ob)</p>	07	7	06	1,6	10	1,6	05	1,3	<p>A901 B-Dato mancante A318 B- Modalità d'accesso non valida A375 B-Mob. accesso non congruente con tipologia modulo</p>
07	7										
06	1,6										
10	1,6										
05	1,3										
163	POSIZIONE DELL'UTENTE NEI CONFRONTI DEL TICKET	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Valido Se la posizione dell'utente nei confronti del ticket = 00 esente e codice esenzione M il sesso deve essere 2 con eccezione nel caso codice esenzione = M00 in cui il sesso può essere 1 	<p>A513 B-Pronto soccorso non previsto per struttura privata A347 B -QBI non previsto per struttura privata A901 B- Dato mancante A305 B -Codice posizione ticket non presente in tabella A376 B -Cod. posizione ticket incongruente con sesso</p>								

165	IMPORTO TICKET PARTE INTERA	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO Si escludono: <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni di pronto soccorso (modalità d'accesso 06.) e codice non bianco - le prestazioni di pronto soccorso con codice bianco e età inferiore a 14 anni • numerico • L'importo ticket valorizzato a zero se modalità d'accesso 10 (obi). • Se regime d'erogazione = 01 SSN posizione utente = 04 valorizzato • Se regime d'erogazione = 01 SSN e posizione dell'utente nei confronti del ticket = 04 non essente deve essere compreso tra la somma dei B (se tale somma è minore di 36,15) e 36,15 • Se modalità di accesso = 06 (pronto soccorso) <ul style="list-style-type: none"> Ed è presente un solo record B per il contatto con: <ul style="list-style-type: none"> prestazione = 89.7 o 89.03 o 89.13 o 89.26 o 94.09 o 94.19.1 o 95.02 codice pronto soccorso = 1 (bianco) età >= 14 anni l'importo deve essere 25 euro • Se modalità di accesso = 06 (pronto soccorso) <ul style="list-style-type: none"> E sono presenti più record B e codice pronto soccorso = 1 (bianco) età >= 14 anni il ticket può essere superiore a 36,15 ma uguale o inferiore alla somma dei B • Se regime di erogazione = 01 e posizione ticket = 05 il ticket deve essere compilato a 0 	<p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A342 B - Se OBI l'importo ticket non deve essere impostato</p> <p>A901 B - Dato mancante</p> <p>A526 B - Importo ticket non congruente con importi prestazioni</p> <p>A527 B - Prestazione di pronto soccorso con importo ticket non valido</p> <p>A528 B - Prestazione di pronto soccorso con importo ticket non valido</p> <p>A529 B - Se ticket riscosso da altri l'importo ticket non deve essere impostato</p>
168	IMPORTO TICKET PARTE DECIMALE	<ul style="list-style-type: none"> • numerico • L'importo ticket valorizzato zero se modalità d'accesso 10 (obi) 	<p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A342 B - Se OBI l'importo ticket non deve essere impostato</p>
170	IMPORTO NETTO PARTE INTERA	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO • numerico • Fluxo valore zero • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 04 (con le medesime esclusioni di sopra), l'importo non deve essere superiore alla somma degli importi di B - importo ticket file A • Se modalità di accesso = 06 (pronto soccorso) <ul style="list-style-type: none"> Ed è presente un solo record B per il contatto con: <ul style="list-style-type: none"> prestazione = 89.7 o 89.03 o 89.13 o 89.26 o 94.09 o 94.19.1 o 95.02 codice pronto soccorso = 1 (bianco) età >= 14 anni l'importo deve essere 0 euro • Se regime di erogazione = 01 (SSN) e posizione assistito nei confronti del ticket = 04 <ul style="list-style-type: none"> Il segno negativo è accettato solo come primo carattere • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 05 l'importo deve essere uguale alla somma degli importi del file B 	<p>A901 B - Dato mancante</p> <p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A528 B - Importo totale con congruente con importi ticket</p> <p>A530 B - Prestazione di pronto soccorso con importo totale non valido</p> <p>A531 B - Se ticket riscosso da altri l'importo deve essere uguale alla somma importi B</p>
174	IMPORTO NETTO PARTE DECIMALE	<ul style="list-style-type: none"> • numerico 	<p>A902 B Dato non numerico</p>

176	POSIZIONE CONTABILE	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Deve valere 1,2,3, o 4. Posizione contabile 1 se almeno una delle prestazioni è nel mese di competenza. Posizione contabile 2 se le prestazioni sono tutte precedenti al mese di invio (siano esse recuperate dagli errori o mai inviate) Posizione 3 per le prestazioni già inviate ed entrate in banca dati ma che si vogliono modificare. Posizione 4 per le prestazioni già inviate ed entrate in banca dati ma che si vogliono cancellare. congruente col numero invio: Se invio = 1 la posizione contabile deve valere 1 	A901B Dato mancante.
177	DATA PRESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzata Se valorizzata data valida (ggmmaaaa) L'anno non può essere anteriore al 2006 e successivo all'anno in corso 	A313B-Posizione contabile errata. A326B- Posizione contabile non congruente con invio A901 I(S)-Dato mancante A903 I (S)-Data formalmente errata A532 B - Anno non ammissibile
185	TIPO RICETTA	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO -Valido , spazio per qualsiasi tipo modulo -Per i cittadini temporaneamente presenti (tipo ricetta 'st') impostare codice STP 	A335 B-Valori ammessi st ue ee ne nx e spazio A345 B-Codice fiscale deve iniziare per STP per tipo ricetta 'st'
187	TIPOLOGIA DELLA MODULISTICA PRESCRITTIVA	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO Valido controllo di congruenza fra tipo modulistica / modalità di accesso / regime erogazione / prestazioni utilizzo della modulistica B riservato a strutture private impostato se tipo ricetta = UE EE NE NX 	A371 B-Tipologia modulo prescrittivo non valido A521 B -Utilizzo modulistica prescrittiva inappropriato A522 B -Se tipo modulistica B la struttura deve essere privata A3551 - Codice istituto competente non impostato
188	CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A356 I -Stato estero non impostato
216	STATO ESTERO	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A357 I - Numero identif. personale non impostato
218	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A358 I - Numero identif. Tessera non impostato
238	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE TESSERA	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	
258	DATA SCADENZA TESSERA	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere impostato se tipo ricetta = UE NE Se compilata deve essere formalmente valida 	A533 I - Data scadenza tessera non impostata A903 I - Data formalmente errata

286	<p>CODICE A BARRE RICETTA INDICE</p>	<p>Deve essere compilato solo dalle strutture private e nel caso in cui tipologia della modulistica = 8 Deve contenere un codice a barre di ricetta SSN e deve essere valido</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO se tipologia modulistica 8 e struttura privata • Il 16° carattere non deve essere valorizzato (il codice a barre è sempre lungo 16) • Deve essere valorizzato in tutti e 15 i caratteri • Codice regione <ul style="list-style-type: none"> - Campo obbligatorio - Numero - codice regione valido • Anno <ul style="list-style-type: none"> - Campo obbligatorio - Numero • Numero ricetta <ul style="list-style-type: none"> - Campo obbligatorio - Numero - Cifra di controllo valida <p>SCARTANTE DAL 01/07/2009</p>
A534		Ricetta indice non deve essere valorizzata
A901		- Dato mancante
A372		- Il codice a barre deve essere 15 caratteri
A381		- Il codice a barre non deve contenere spazi
A901		- Dato mancante
A902		- Dato non numerico
A306		- Cod. Regione non presente in tabella
A901		- Dato mancante
A308		- Dato non numerico
A901		- Dato mancante
A902		- Dato non numerico
A902		- Carattere di controllo errato

CONTROLLI SUL FILE B - FILE PRESTAZIONE

Pos.	NOME CAMPO	CONTROLLI	DESCRIZIONE ERRORE
23	PROGRESSIVO PRESTAZIONE	<p>Numero compreso fra 1 e 98 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione. Le righe devono essere ordinate in sequenza nel file da 1 a 98.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO • Numerico • univoco • contenere il numero immediatamente successivo al progressivo del record precedente 	<p>A901 B - Dato mancante A902 B - Dato non numerico A330 B - Progressivo prestazione duplicato A319 I (\$) - Progressivo prestazione non in sequenza</p>
25	QUESTIONARIO DIAGNOSTICO DEL MEDICO PRESCRITTORE	<ul style="list-style-type: none"> • FACOLTATIVO • Se valorizzato si controlla l'esistenza sulla tabella TPATOLG delle patologie valide nel 2005 (CD9CM2002) • Obbligatorio se prestazione OBI e compilato solo , per il record che contiene la prestaz. OBI con la tariffa. 	<p>A334 I Codice patologia non presente in tabella A353 I (\$) - Questionario diagnostico non impostato per OBI prestazione 89.09 A354 I - Questo diagnostico impostato per prestazione diversa da 89.09</p>
30	CODICE ESENEZIONE	<p>OBBLIGATORIO per posizione dell'assistito nei confronti del ticket "00=essente".</p> <p>Sono ammessi: i codici a tre o quattro cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296.21/5/2001) i codici a 6 cifre per le malattie rare (DM n. 279 del 18/5/2001) i codici M00 per esami preconcezionali oppure da M01 a M41 gravidanza ordinaria composto da M + m (settimana di gravidanza) oppure M50 per le gravidanze considerate a rischio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per le rimanenti esenzioni riportare il codice a 3 cifre della codifica nazionale delle condizioni di esenzione. • Per l'odontoiatria: • Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 04 (non esente) Inserire ISEE2 oppure ISEE3 oppure ISEE4 oppure ISEE5 • Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 00 (essente) Inserire ISEE1 <p>Ogni prestazione afferente alla stessa ricetta deve riportare il medesimo codice d'esenzione</p>	<p>A901 B - Dato mancante A503 B - Codice esenzione non valido *</p>
			<p>A544 B - Differente esenzione per prestazioni stessa ricetta</p>

36	CODICE DISCIPLINA UNITÀ OPERATIVA EROGATRICE	<p>-OBBLIGATORIO</p> <p>-Valido</p> <p>-Per le strutture pubbliche si verifica che la disciplina sia congruente con la modalità di accesso: per la disciplina 106 la modalità di accesso può valere '06' (pronto soccorso) o '10' (obi).</p> <p>-Per le strutture private non può valere 106 (pronto soccorso).</p> <p>Per le prestazioni erogate in pronto soccorso (codice pronto soccorso valorizzato) il codice disciplina erogante non dovrà essere necessariamente il codice 106, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione.</p>	<p>A901 B -Dato mancante</p> <p>A504 B -Codice disciplina non valido</p> <p>A512 B - Codice disciplina incongruente con modalità d'accesso.</p> <p>A513B- Pronto soccorso non previsto per struttura privata</p>
39	DATA PRENOTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzata obbligatoriamente per le modalità di accesso 01, 02, 03, 04, 05 • congruente con la data di prescrizione • Eccezione , per le prestazioni 044301 o 134101 se prescrizione è posteriore a prenotazione <p>Se la data di prenotazione è impostata :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerica • Formalmente valida • Non successiva alla data di erogazione. • Congruente con periodo di competenza dell'invio • Non più vecchia di 2 anni rispetto data erogazione (se valida la data di erogazione). • Non più vecchia di 2 anni rispetto data di riferimento (01.01..anno di riferimento) (se non è valida la data di erogazione). • Se modalità d'accesso 09 la data prenotazione deve essere uguale alla data erogazione 	<p>A901 B -Dato mancante</p> <p>A351 B - Data prenotazione antecedente alla data prescrizione</p> <p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A903 B - Data formalmente errata</p> <p>A508 B - Data erogazione non congruente con data prenot.</p> <p>A909 B - Data incongruente con periodo di invio</p> <p>A510 B - Data prenotaz. oltre i 2 anni rispetto data erogazione.</p> <p>A515 B - Data prenotaz. oltre i 2 anni rispetto data di riferimento.</p> <p>A343 B - Se modalità di accesso 09 la data prenotazione deve essere uguale alla data di erogazione</p>
47	DATA EROGAZIONE	<p>OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerica • Formalmente valida • Congruente con semestre di competenza dell'invio • Vengono accettate prestazioni erogate dal 4° trimestre dell'anno precedente al 1° trimestre dell'anno da elaborare , sia con anno contatio uguale all'anno elaborazione, che con anno elaborazione, meno uno (vengono accettate cioè prestazioni a cavallo dei due anni(*2)). • Vengono accettate prestazioni di ODONTOIATRIA (Circolare n°2 del 14/07/2008, allegato parte terza) erogate nell'anno precedente fino al 1° semestre dell'anno di elaborare sia con anno contatio uguale all'anno elaborazione, che con anno elaborazione meno uno. • Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione. • Deve essere congruente rispetto alla data di prescrizione 	<p>A901 B - Dato mancante</p> <p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A903 B - Data formalmente errata</p> <p>A909 B - Data incongruente con periodo di invio</p> <p>A329 B - Anno contatio Incongruente con anno erogazione</p> <p>A350 B - Data erogazione antecedente alla data prescrizione</p>
55	DATA CHIUSURA	<ul style="list-style-type: none"> • Numerica • Valida • Data incongruente con periodo di invio • Se la data di chiusura è valorizzata viene eseguito il seguente controllo: la data di chiusura deve essere posteriore alla data di erogazione della prima prestazione, nel caso di tipologia della modulistica prescrittiva (pos. 187 A) = 3 (day service) viene accettata anche data di erogazione = data chiusura 	<p>A902 I(\$) - Dato non numerico</p> <p>A903 I(\$) - Data formalmente errata</p> <p>A909 I(\$) - Data incongruente con periodo di invio</p> <p>A379 B - Data chiusura antecedente data erogazione</p> <p>A380 B - Data chiusura uguale data erogazione</p>

63	CODICE PRESTAZIONE	<p>OBBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> valido congruente con il sesso dell'assistito (controllo da non effettuare per codice prestazione 69.92.1) Se per la modalità di accesso 10 = OBI: nel file B il codice prestazione 89.09 non è presente Se per la modalità di accesso 10 = OBI: nel file b il codice prestazione 89.09 è presente più di una volta Se prestazione 89.09 la modalità di accesso = 10 	<p>A901 B - Dato mancante A505 B - Codice prestazione non valido A506 B - Cod. prestazione incongruente con sesso A365 B - OBI: non è presente il codice prestazione 89.09 A366 B - OBI: è presente più volte il codice prest. 89.09 A519 B - Cod. prestazione 89.09 incongr. Con mod. accesso</p>
70	<p>QUANTITÀ</p> <p>Numero compreso fra 1 a 99, indica il n° di prestazioni eseguite relative allo stesso codice; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni eseguite</p> <ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIA Numerica Se modalità di accesso 10 = OBI e codice prestazione 89.09 la quantità deve essere valorizzata a 1 <p>*****CONTROLLI SUL NUMERO MASSIMO DI PRESTAZIONI PER RICETTA*****</p> <p>Controllo da eseguire sull'intero contatto solo se: - la tipologia modulistica =1 (Ricetta Riassa) e la modalità di accesso <= 5 oppure <=8 oppure <=10 Sono esenti da tale controllo le prestazioni di radioterapia, dialisi, e piano odontoiatrico</p> <p>1° CONTROLLO MONBRANCA/1 L'attributo di monobrancia viene esibuito nel seguente modo: Si verifica che le prestazioni all'interno del singolo contatto appartengano alla stessa branca. Tuttavia il codice di prestazione VISITA (89.7, 89.03, 89.07,89.01) è compatibile con ogni branca ad eccezione della branca LABORATORIO e RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</p> <p>2° CONTROLLO SUL NUMERO DI PRESTAZIONI/1 La somma delle singole quantità non deve superare mai il valore 8 Fai eccezione a tale regola la branca LABORATORIO nel caso in cui sia presente anche la prestazione di prelievo (91.48.4 o 91.48.5 o 91.49.1 o 91.49.2 o 91.49.3) In tale caso la quantità massima non deve superare il valore 9.</p> <p>PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA -La somma delle singole quantità non deve superare mai il valore 90 -la quantità di ogni singola prestazione non deve superare mai il valore 30 -numero massimo di codici prestazione =3</p>	<p>A901 B - Dato mancante A902 B - Dato non numerico A352 B - La quantità per obi prestaz. 89.09 deve essere 1</p> <p>A355 1 - Le prestazioni non afferiscono tutte alla medesima branca</p> <p>A536 1 - Quantità erogata dal contatto superiore al massimo consentito</p> <p>A538 1 - La quantità erogata per la prestazione superiore al massimo consentito A537 1 - Diversi codici prestazioni superiori al max ammesso</p>	

72	IMPORTO TOTALE PRESTAZIONE PARTE INTERA	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Se la modalità di accesso 10 (obi) allora: <ul style="list-style-type: none"> Se codice prestazione 89.09 l'importo deve essere impostato e maggiore di zero Se codice prestazione diverso da 89.09 l'importo deve valere zero. Importo netto del file A deve essere uguale all'importo del file B per codice prestazione 89.09 L'importo del file B per codice prestazione 89.09 deve essere uguale alla tariffa presente sul nomenclatore <p>Se regime di erogazione = 01 e modalità di accesso <> 10</p> <ul style="list-style-type: none"> L'importo deve essere > 0 e <= tariffa nomenclatore <p>Se modalità di accesso = 06 (pronto soccorso) Ed è presente un solo record B per il contatto con prestazione = 89.7 o 89.03 o 89.13 o 89.26 o 84.09 o 84.19.1 o 95.02 l'importo deve essere 23 euro</p>	<p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A360 B - Importo prestazione non impostata per obi cod.prestazione 89.09</p> <p>A361 B - Importo prestazione impostata per obi e codice prestazione diverso da 89.09</p> <p>A362 B - OBI: l'importo del file A deve essere uguale all'importo prestazione 89.09</p> <p>A363 B - OBI: importo totale prestazione errato</p> <p>A539 B - Importo deve essere >0 e <= e importo nomenclatore</p> <p>A540 B - Prestazione di pronto soccorso con importo non valido</p>
76	IMPORTO TOTALE PRESTAZIONE PARTE DECIMALE	<ul style="list-style-type: none"> Numerico 	A902 - Dato non numerico
78	APPARTENENZA AL BACINO DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> FACOLTATIVO Valori ammessi: '0' '1' '2' o spazio 	A908 - non valido
79	CODICE DI PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO se modalità di accesso 06 valorizzare '1' o '2' o '3' o '4' se la modalità d'accesso è 06 Se modalità di accesso diversa da 06 non valorizzare Se modalità di accesso 06 nella ricetta i codici pronto soccorso uguali 	A908 B - non valido A369 B - Mod.accesso 06: codici pronto soccorso diversi
80	MONITORAGGIO PRESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> OBBLIGATORIO valere '1' per le prestazioni: 87.44.1 - 88.23 - 88.27 - 88.28 - 88.26 - 87.24 - 88.38.1 e altri valori presenti sulla circolare. Per le altre prestazioni i valori ammessi sono '1' '2' oppure space 	A333 (\$) - Prestazione con quesito diagnostico non valido A908 B - non valido
81	REGIONE LABORATORIO	<p>La regione del laboratorio deve essere compilato solo nel caso in cui per la prestazione di LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obbligatorio -Numerico -Valido <p>Se prestazione = 91.48.4 o 91.48.5 o 91.49.1 o 91.49.2 o 91.49.3 la regione del laboratorio deve essere = 080 (emilia romagna)</p>	A541 B Non impostare se prestazione non di laboratorio A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A306 B-Regione non presente in tabella A543 B Per il tipo di prestazione la regione deve essere = 080

84	AZIENDA LABORATORIO Compilare sempre se regione laboratorio = 080 e nel caso in cui per la prestazione di LABORATORIO -Obbligatorio -Valido	\541 B Non impostare se prestazione non di laboratorio \901 B-Dato mancante \307 B-Codice azienda non presente in tabella enti
87	CODICE LABORATORIO Compilare sempre se regione laboratorio = 080 E nel caso in cui per la prestazione di LABORATORIO Se prestazione = 91.48.4 o 91.48.5 o 91.49.1 o 91.49.2 o 91.49.3 il codice laboratorio deve essere = al codice della struttura erogatrice Per gli altri codici prestazioni il codice laboratorio deve essere un codice struttura valido <ul style="list-style-type: none"> • Deve essere presente in anagrafe regionale strutture rispetto alla data di riferimento • La struttura deve essere valida alla data di riferimento precedentemente desunta 	A541 B Non impostare se prestazione non di laboratorio A542 B Per il tipo di prestazione il codice laboratorio deve essere = all'erogatore A314 B Codice struttura non presente in archivio A332 B Struttura aperta successivamente

Referenti Regionali

Dott.ssa Agatina Fadda **Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi sanitari**
 Tel 051/6397307 afadda@regione.emilia-romagna.it
 Dott.ssa Monica Merlin **Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**
 Tel 051/6397429 mmerlin@regione.emilia-romagna.it
 Dott.ssa Francesca Francesconi **Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**
 Tel 051/6397431 ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it

Antonio Brambilla



Eleonora Verdini

