

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI
MARIELLA MARTINI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2011. 0043168

del 16/02/2011



CIRCOLARE N.

2/2011

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
Ai referenti della mobilità sanitaria

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: Integrazioni alla Circolare Regionale n.9 del 28/11/2008 "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)"

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

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

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. 1035/2009) 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.

L'ASA è quindi lo strumento per rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale e permane strumento più complessivo di monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale in regione Emilia-Romagna.

In conseguenza della Delibera Regionale 1803/2009 "Indicazioni generali alle Aziende Sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale (DSA), della circolare Circolare Regionale n° 15/2010 "esenzioni da reddito", e dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010 concernente il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 si è ritenuto necessario integrare e specificare ulteriormente i contenuti dell'attuale vigente circolare n.9 del 28/11/2008 che norma il flusso informativo della Specialistica Ambulatoriale (ASA)

Gli adeguamenti introdotti nella presente Circolare, già condivisi con le Aziende Sanitarie, sono applicati a partire dal 1° gennaio 2011 e riguardano la rilevazione di nuove informazioni, modifiche sulle modalità di codifica e aggiornamento di alcuni controlli logico-formali: per le specifiche tecniche della rilevazione si rimanda all'allegato tecnico che è parte integrante della presente Circolare.

Si ringrazia fin da ora della collaborazione.

Distinti saluti

Mariella Martini



All. n. 1 Disciplinare tecnico

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

Integrazioni alla Circolare Regionale n.9 del 28/11/2008 “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA)”

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Le presenti modifiche tecniche apportate al flusso informativo per l’assistenza specialistica ambulatoriale, già normato con Circolare Regionale n.9 del 28/11/2008 prot. 2008/0287709, entreranno in vigore a partire dal **1° gennaio 2011** e riguarderanno la rilevazione di due nuove informazioni, modifiche sulle modalità di codifica e aggiornamento di alcuni controlli logico-formali che investono alcuni campi del tracciato ASA.

La trasmissione dei dati per il 2011, 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.

In particolare:

Vengono introdotti i seguenti campi:

- Classe di priorità
- Codice prescrizione SOLE

Si aggiornano le codifiche di alcuni campi del tracciato già esistenti:

- Posizione dell’assistito nei confronti del ticket
- Codice di pronto soccorso

Si introducono nuovi controlli logico-formali:

- Valorizzazione del “Codice contatto”
- valorizzazione del “Quesito diagnostico”
- valorizzazione della “Tipologia del medico prescrittore”
- valorizzazione della “Data di prescrizione”
- valorizzazione del “Codice prestazione SOLE”

Nel presente documento, le modifiche rispetto alla circolare regionale precedente n.9 del 28/11/2008 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 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.

1- AMBITO DI APPLICAZIONE

1. Oggetto della rilevazione del flusso sono le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale rese ai **pazienti esterni** e 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 nella 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.

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
- **attività connesse alla donazione di sangue ed emocomponenti**

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

DAY SERVICE (DSA)

Per il monitoraggio dei percorsi di DSA aziendali secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 1803/2009 recante indicazioni sull'attivazione e sul funzionamento di tali percorsi, si richiama l'attenzione sulla completezza e correttezza di codifica delle seguenti informazioni:

✓ QUESITO DIAGNOSTICO DEL MEDICO PRESCRITTORE

L'attuale campo, attualmente riservato alla rilevazione della patologia indicata sulla prescrizione, dovrà essere utilizzato per la tracciabilità dei percorsi di DSA e assumerà il significato di "denominazione del percorso". Per la relativa codifica si dovrà fare riferimento al sistema di classificazione ICD IX CM 2007 almeno fino alla 3° cifra del codice. L'obbligatorietà dell'informazione diventerà vincolante dal 2° semestre 2011 esclusivamente per i percorsi di DSA.

✓ TIPOLOGIA MEDICO PRESCRITTORE

Se "Modalità di accesso" = 05 DSA, la tipologia del medico prescrittore dovrà essere 03-medico specialista ospedaliero o 04- medico specialista territoriale.

✓ POSIZIONE DELL'ASSISTITO NEI CONFRONTI DEL TICKET

Per la natura dei percorsi di DSA si possono verificare situazioni miste relativamente alla posizione dell'assistito nei confronti del ticket (totale o parziale). A tal fine gli attributi relativi a questo campo dal 2011 vengono aggiornati con l'introduzione di un nuovo valore 06 riservato al DSA.

Tale nuova codifica dovrà essere utilizzata se la "Modalità di accesso" = 05 DSA e la "Tipologia della modulistica prescrittiva" = 3 modulistica DSA.

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO PER I TEMPI D'ATTESA D.G.R. 1035/2009 e successive

Per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post e in conformità ai contenuti informativi previsti dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 si ritiene necessario dal 2011 per una più precisa misurazione dei tempi d'attesa, introdurre il campo "CLASSI DI PRIORITA'" così come riportato nella ricetta prescrittiva.

✓ CLASSE DI PRIORITA' Nuovo campo

U=Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 24 ore)
B=entro 7 giorni
D=entro 30 giorni (visite) entro 60 giorni (prestazioni strumentali)
P=programmato

✓ DATA DI PRENOTAZIONE, DATA DI EROGAZIONE

Dal 2011 nei ritorni informativi verrà messo a disposizione delle Aziende un nuovo file contenente i record delle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate in modalità di accesso 01- "ordinario-programmabile" la cui data di prenotazione risulti coincidente con la data di erogazione. Tale controllo avrà solo valenza informativa.

ESENZIONI DA REDDITO

In considerazione del fatto che la presenza della data di prescrizione è necessaria per le verifiche di congruenza tra le condizioni di esenzione autocertificate e l'effettiva sussistenza del diritto che ha validità in sede prescrittiva (Circolare Regionale 15/2010) dal 2011 il livello di controllo sulla data di prescrizione diventerà scartante per le esenzioni da reddito

✓ DATA PRESCRIZIONE

Obbligatoria (livello di controllo SCARTANTE) dal 2° semestre 2011 se codice esenzione (E01, E02, E03, E04)

VARIE

✓ CODICE CONTATTO

L'attività di controllo effettuata dal MEF sul flusso informativo ex art.50 della legge 326/2003 relativo ai dati della specialistica ambulatoriale, ha introdotto in corso d'anno un'ulteriore tipologia di controllo che intercetta la presenza di codici ricetta doppi all'interno della **stessa struttura erogatrice**.

Dai risultati di tale monitoraggio sui volumi erogativi della Regione Emilia Romagna fino ad ora trasmessi al MEF si riscontra un elevato numero di ricette scartate per effetto di tale controllo.

Entrerà pertanto in vigore nel sistema di accoglienza regionale il controllo scartante, ogni qualvolta che a **parità di codice ricetta** si riscontreranno diversi codici contatto relativi alle prestazioni afferenti alla medesima ricetta.

Si chiede pertanto di ricostruire in modo corretto i contenuti informativi in modo che, prestazioni afferenti allo stesso codice a barre di ricetta debbano avere **stesso codice contatto** anche se erogate in periodi diversi.

Esempio:

1° invio

Tabella A

Struttura X

Ricetta yyy

Contatto 23

Posizione contabile 1

Tabella B

Struttura X

contatto 23

prestazione 87.7

Data erogazione 10 gennaio

2° invio

Tabella A

Struttura X

Ricetta yyy

Contatto 23

Posizione contabile 3

Tabella B

Struttura X

contatto 23

prestazione 87.7

Data erogazione 10 gennaio

Tabella B

Struttura X

Contatto 23

Prestazione 88.67.89

Data erogazione 13 febbraio

✓ CODICE DI PRONTO SOCCORSO IN USCITA

A seguito della Delibera di Giunta n°1184 del 26 luglio 2010 "Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei Pronti Soccorso" si sono date indicazioni ai Pronti Soccorsi di differenziare il codice triage in uscita rispetto al codice in ingresso. Pertanto, le nuove codifiche del codice in "uscita" e che entreranno in vigore da gennaio 2011 saranno le seguenti:

C= Paziente critico (ex-rosso)
A= Paziente Acuto (ex-giallo)
UD= Paziente urgente differibile (ex-verde)
NU= Paziente non urgente (ex-bianco)

Per motivi di limitatezza della lunghezza del campo 79 della tabella B previsto nel tracciato (lunghezza 1) si chiede ai sistemi informativi aziendali di trasmettere tale informazione secondo la seguente modalità:

C= Paziente critico
A= Paziente Acuto
U= Paziente urgente differibile
N= Paziente non urgente

✓ CODICE PRESCRIZIONE SOLE Nuovo campo

Da valorizzare se la modulistica prescrittiva=1-ricetta unica SSN

L'introduzione di questo nuovo campo consentirà di poter linkare le prestazioni erogate e oggetto di rilevazione del flusso ASA con dati del prescritto oggetto della rilevazione del nuovo flusso del prescritto.

✓ CODICE PRESTAZIONE "SOLE"

Se la "modulistica prescrittiva" =1 o 5 il codice, se presente, dovrà essere valido diversamente verrà scartato.

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

✓ PERCORSO GRAVIDANZA FIOLOGICO

Per la tracciabilità delle prestazioni erogate durante il percorso della gravidanza fisiologica ci si dovrà attenere alle seguenti indicazioni di codifica:

Tipologia della modulistica prescrittiva = 3-(DSA)

Quesito diagnostico ICD9 CM 2007 = V22 ed eventuali sottocategorie.

Si ricorda, infine, che le visite effettuate dalle ostetriche non dovranno essere rilevate dal flusso ASA.

✓ PROGRAMMA ODONTOIATRICO

Assistenza ai residenti in altre regioni italiane:

I domiciliati presso la Regione Emilia-Romagna e assistiti da medico MMG della regione possono usufruire dell'intero pacchetto prestazionale previsto dal piano odontoiatrico, mentre i restanti fuori regione possono usufruire esclusivamente della visita e del trattamento delle urgenze.

✓ MONITORAGGIO PRESCRIZIONE

Si riconfermano le attuali regole vigenti di codifica riservate alle prestazioni di Radiologia così come da circolare regionale Flusso ASA n° 9 del 28-11-2008.

Per le restanti prestazioni ambulatoriali entrerà in vigore l'obbligatorietà vincolante per la tipologia di modulistica 1 e modulistica 3.

✓ DETENUTI

Le prestazioni erogate a detenuti reclusi rientrano nella rilevazione del flusso ASA e ci si dovrà attenere alle seguenti indicazioni di codifica:

"Struttura erogatrice" = codice della struttura sanitaria a cui fa riferimento il medico che ha erogato la prestazione

"Tipologia della modulistica prescrittiva" = 1 o 2

Codice esenzione = F01 Prestazioni a Favore dei Detenuti ed Internati

✓ 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-2007 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.

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 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.

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.

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, detenuti)

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)

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

- 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)

- 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.

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

- 01 = SSN
- 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche)
- 03 = Pagante in proprio
- 04 = Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche)
- 99 = Altro

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

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.

E' 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).

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.

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

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.

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

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
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 oncologici¹, 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 intestinale². 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.

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

06=Esenzione parziale o totale (Day service)

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

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

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.

1

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

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

² Circolari regionali n. 11/2004 e n. 1/2007

Specialistica Ambulatoriale

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

(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 rispettare 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.

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

Obbligatoria (livello di controllo SCARTANTE) dal 2° semestre 2011 se codice esenzione (E01, E02, E03, E04)

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).

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

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 O DENOMINAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE pos. 188 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

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 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

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 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

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 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

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.

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.

CODICE A BARRE DELLA RICETTA INDICE pos.266

(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 nazionale³, 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.

CLASSE DI PRIORITA' pos.282 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

U=Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 24 ore)

B=entro 7 giorni

D=entro 30 giorni (visite) entro 60 giorni (prestazioni strumentali)

P=programmato

CODICE PRESCRIZIONE SOLE pos. 283 (livello di controllo SEGNALAZIONE)

L'introduzione di questo nuovo campo consentirà di poter linkare le prestazioni erogate e oggetto di rilevazione del flusso ASA con dati del prescritto oggetto della rilevazione del nuovo flusso del prescritto.

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 2007

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

Mentre per le condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociosanitaria i codici esenzione vanno inseriti sulla base delle indicazioni fornite con la circolare regionale n. 2/2008.

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'

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)

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 06 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 1035/2009 "STRATEGIA REGIONALE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN APPLICAZIONE DELLA DGR 1532/2006. "

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.

Episodi di pronto soccorso non seguiti da ricovero

A seguito della Delibera di Giunta n° 1184 del 26 luglio 2010 "Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei Pronti Soccorsi", si sono date indicazioni ai Pronti Soccorsi di differenziare il codice triage in uscita rispetto al codice in ingresso. Pertanto, le nuove codifiche del codice in "uscita" e che entreranno in vigore da gennaio 2011 saranno le seguenti:

C= Paziente critico (ex-rosso)

A= Paziente Acuto (ex-giallo)

UD= Paziente urgente differibile (ex-verde)

NU= Paziente non urgente (ex-bianco)

Per motivi di limitatezza della lunghezza del campo 79 della tabella B previsto nel tracciato (lunghezza 1), si chiede ai sistemi informativi aziendali di trasmettere tale informazione secondo la seguente modalità:

C= Paziente critico

A= Paziente Acuto

U= Paziente urgente differibile

N= Paziente non urgente

MONITORAGGIO PRESCRIZIONE pos. 80 (livello di controllo SCARTANTE)

Per i codici di prestazione di seguito indicati:

1= presenza quesito diagnostico

2= assenza quesito diagnostico

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

Per le altre prestazioni nel caso di tipologia della modulistica prescrittiva 1=ricetta SSN o 3=modulistica day service è obbligatorio compilare il campo.

CODICE DI LABORATORIO pos. 81, 84, 87 (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+Struttura).

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

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	Codice struttura che effettua il prelievo
Tabella B_2	Codice struttura che effettua il prelievo	Colesterolo totale	y	Codice Struttura sede del Laboratorio che ha effettuato gli esami
Tabella B_3	Codice struttura che effettua il prelievo	Emocromo	z	Struttura sede del Laboratorio che ha effettuato gli esami

CODICE PRESTAZIONE 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	CONDIZIONI DI OBBLIGATORietà	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	Sempre obbligatorio	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	Sempre obbligatorio	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
23	AN 16	Codice a barre della ricetta	allineato a sinistra	OBB	Se tipologia modulistica prescrittiva=1,3,8	SCARTANTE
39	AN 2	Tipologia Medico prescrittore	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
41	AN 1	Ricetta informatizzata	0 = Ricetta non informatizzata 1 = Ricetta informatizzata con presenza della bifattura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode 2 = Ricetta informatizzata con presenza della sola bifattura "Stampa PC" Compilare sempre se la modulistica prescrittiva=1 (ricetta rossa)	OBBV	Se tipologia modulistica prescrittiva=1	SCARTANTE
42	N4	FILLER				
46	AN 16	Codice fiscale del Medico prescrittore		OBB	Se tipologia modulistica prescrittiva=3 (DSA) e tipologia medico prescrittore=03,04	SCARTANTE
62	AN 2	Regime di erogazione	01 = SSN 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche) 03 = Paganie in proprio 04 = Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche) 99 = Altro	OBBV	Sempre obbligatorio	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 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).	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	Genere dell'assistito	1=Maschio, 2=Femmina	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
138	AN 8	Data di nascita dell'assistito	Formato GGMMAAAA	OBBV	Sempre obbligatorio	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/etabelle.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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
152	AN 6	Comune di residenza	Vedi comune di nascita Per i senza fissa dimora codificare: 999999	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
158	AN 3	Cittadinanza	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
161	AN 2	Modalità di accesso	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	Sempre obbligatorio	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 06-Esenzione parziale o totale (Day Service ambulatoriale) 10-Non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)	OBBV	Sempre obbligatorio	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
174	N 2	Importo netto decimale	Centesimi relativi all'importo totale precedente	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
176	AN 1	Posizione contabile	1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dai 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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
177	AN 8	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 2009 e successivo all'anno in corso	OBBV	Sempre obbligatorio	SEGNALAZIONE SCARTANTE DAL 2° SEMESTRE 2011 per codici esenzione E01, E02, E03, E04

SEGUE :

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS	FORMAT O E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	CONDIZIONI DI OBBLIGATORIETA'	LIVELLO DI CONTROLLO
185	AN2	Tipo ricetta	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	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)	OBBV	Sempre obbligatorio	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	OBB	Compilazione riservata alle strutture private	SCARTANTE
282	AN1	Classe priorit�	U=urgente (nel pi� breve tempo possibile o, se differibile, entro 24 ore) B=entro 7 giorni D=entro 30 giorni (visite) entro 60 giorni (prestazioni strumentali) P=programmato	FAC		SEGNALAZIONE
283	An16	Codice prescrizione SOLE		FAC		SEGNALAZIONE

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni prestazione)

POS	TIP O	CAMPO	COMPILAZIONE	VINC OLO	CONDIZIONI DI OBBLIGATORIETA'	LIVELLO CONTRO LLO
1	A3	Azienda	Vedi Tabella A	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
4	AN6	Struttura erogatrice	Vedi Tabella A	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
10	AN13	Contatto	Vedi Tabella A	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
23	AN2	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
25	AN5	Quesito diagnostico	Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM2007	OBB	Se modalità accesso=05 (DSA)	SCARTANTE Dal 2° semestre 2011
30	AN6	Codice esenzione	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 o codici di vulnerabilità sanitaria o sociosanitaria	OBB	Se posizione dell'assistito nei confronti del ticket = "00 esente"	SCARTANTE
36	N3	Disciplina unità operativa erogatrice	Codice disciplina disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/taabelle.htm	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
39	AN8	Data prenotazione	GGMMAAAA	OBB	Se modalità accesso=01,02,03,04,09	SCARTANTE
47	AN8	Data erogazione prestazione	GGMMAAAA Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
55	AN8	Data chiusura	GGMMAAAA	OBB	Solo per il DSA, cicli e piani di trattamento odontoiatrico	SCARTANTE
63	AN7	Prestazione	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
70	N2	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
72	N4	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	Sempre obbligatorio	SCARTANTE
76	N2	Importo totale prestazione: parte decimale	Parte decimale dall'importo v. sopra.	OBBV	Sempre obbligatorio	SCARTANTE

78	AN1	Appartenenza al bacino di riferimento	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	Obbligatorio per le prestazioni presenti nella DGR 1035/09 (Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa)	SCARTANTE
79	AN1	Codice pronto soccorso	C= Paziente critico (ex-rosso) A= Paziente Acuto (ex-giallo) U= Paziente urgente differibile (ex-verde) N= Paziente non urgente (ex-bianco) Non impostare negli altri casi	OBB	Se modalità accesso=06	SCARTANTE
80	AN1	Monitoraggio prescrizione	1= presenza questo diagnostico 2= assenza questo diagnostico	OBB	Per i codici di prestazione indicati nella circolare deve valere 1 per le altre prestazioni se la modulistica è 1 o 3 compilare	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	AN6	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	AN8	Codice prestazione SCLF	Codice di prestazione utilizzato all'atto della prescrizione nell'ambito del progetto SCLF e presente nella cartella utilizzata dal medico di medicina generale (Corretto se compilato) Sono accettati anche solo i primi 4 caratteri	PAC		SEGNALAZIONE

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 2011 (**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 a 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://siseps.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 2010	13°	dal 15-1-2011 al 22-2-2011	22-2-2011
Anno 2010	Eventuale 14°	dal 01-3-2011 al 18-3-2011	18-3-2011
Anno 2011	1°(erogato gennaio)	dal 25-1-2011 al 7-2-2011	7-2-2011
Anno 2011	2°(erogato febbraio e integrazioni)	dal 15-2-2011 al 7-3-2011	7-3-2011
Anno 2011	3°(erogato marzo e integrazioni)	Dal15-3-2011 al 7-4-2011	7-4-2011
Anno 2011	4°(erogato aprile e integrazioni)	dal 15-4-2011 al 8-5-2011	8-5-2011
Anno 2011	5°(erogato maggio e integrazioni)	dal 15-5-2011 al 7-6-2011	7-6-2011
Anno 2011	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 2011, 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 nettizzata 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) Dettaglio dei record Scartati
- C) Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero
- D) Mobilità attiva infraregionale
- E) Mobilità passiva infraregionale (accesso riservato tramite password alle sole Ausl)
- F) Dettaglio dei record riportanti Segnalazioni

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

Ritorno Informativo (accesso libero)

Azienda	<input type="text"/>
Anno	2008
Invio	2°
Tipo di file	tutti

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)

Sxxxxxx 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**)**F) FILE SEGNALAZIONI**(nome file **Axxxx.Ixx.Axxx.Sxxxxxx.SFG.zip**)

I file, contenenti i singoli record scartati o segnalati, vengono forniti mensilmente alle singole strutture erogatrici (pubbliche e private) che dovranno 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. USLAZ. 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 A905 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 gesite 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. Eccezione 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>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>
	PROGRESSIVO	<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>A324 B-P-progressivo contatto mancante. A325 B- Posizione contabile 3 o 4 per prescrizione inesistente A312 B-Codice progressivo già utilizzato nell'anno</p>

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 3, 3.8 - non compilare per tipologia modulistica 2, 5, 6, 7 -Il 16° carattere non deve essere valorizzato (il codice a barre è 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>A901 B -Dato mancante A523 B - Per il tipo modulistica improntato 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 enti A374 B-Carattere identificativo non valido per tipo modulo</p> <p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico</p> <p>A553 B -codice a barre da pos. 1 a pos. 3 non valido A554 B - codice a barre a pos. 4 non valido A555 B - codice a barre a pos. 5 non valido A556 B - codice a barre a pos. 6 non valido A557 B - codice a barre da pos. 7 a pos. 15 non valido</p>	<p>Se tipo Modulistica. 3.8 : Codice regione (3) Anno (2) Azienda (3) Carattere identif (1) Num. Modul. (6)</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 0 -Se tipologia modulistica 3.8 deve valere 0</p> <p>Numero ricetta -Obbligatorio -Numerico</p> <p>Nel caso di tipo modulistica = vengono accettate anche le ricette virtuali : Il controllo viene fatto nel caso in cui la 4° cifra del codice a barre non sia numerica Il codice a barre deve essere così composto : dalla 1 alla 3 cifra deve essere valorizzato a 080 dalla 4 alla 4 cifra deve essere una lettera dalla 5 alla 5 cifra deve essere numerica dalla 6 alla 6 cifra deve valere 3 dalla 7 alla 15 cifra deve essere numerica</p>	<p>A901 B-Dato mancante A309 B-Tipo prescrittore non presente in tabella A558 B - Tipo prescrittore invalido per tipo modulistica</p>	<p>OBBLIGATORIO -Valido</p> <p>Se tipologia della modulistica prescrivita pos. 167 = 3 (Day service) la tipologia del medico prescrittore può valere solamente 03 (medico specialista ospedaliero) o 04 (medico specialista territoriale)</p>	<p>TIPOLOGIA MEDICO PRESCR</p>
39								

Specialistica Ambulatoriale

<https://iseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>

41	RICETTA INFORMATIZZATA	OBBLIGATORIO se modulistica prescrittiva=1 (ricetta rossa)	A907 B-Dato mancante A525 B - Per tipo modulo diverso da SSN non deve essere compilato A524 B Ricetta informatizzata non valida
46	IDENTIFICATIVO MEDICO (CODICE FISCALE)	Valido -Se tipologia prescrittore 01, 02, 03, 04, 05, 06 e tipologia modulistica prescrittiva 1, 2, 8 riportare il codice fiscale -Se valorizzato non deve contenere blank -Se valorizzato deve essere formalmente valido -Se tipologia prescrittore 08 compilare se disponibile -Nel caso tipologia modulistica day service (3) gli errori sul medico sono bloccanti: -Deve essere presente -non deve contenere blank -deve essere formalmente valido -deve essere presente in anagrafe di riferimento alimentata con dati di Sogei	A901 I -Dato mancante A905 I-Cod. fiscale formalmente errato A906 I- Check digit codice fiscale errato A901 B-Dato mancante A905 B- Cod. fiscale formalmente errato A906 B-Check digit codice fiscale errato A382 B-Medico non presente in anagrafe di riferimento A901 B-Dato mancante A315 B-Regime di erogazione non valido
62	REGIME DI EROGAZIONE	-OBBLIGATORIO -Deve essere valido, valori ammessi: (01, 02, 03, 04, 99)	

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 -Dato mancante A359 -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 -Dato mancante A359 -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 - Dato mancante
121	Codice fiscale	<ul style="list-style-type: none"> -OBBLIGATORIO PER I CITTADINI ITALIANI (tranne per i casi di anonimato) obbligatorio per i cittadini italiani (tranne per i casi di anonimato) Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo deve essere a spazio. Se tipo ricetta 'st': il codice fiscale deve essere composto da : <ul style="list-style-type: none"> stp o eni, codice regione, usi e progressivo Per i cittadini temporaneamente presenti (tipo ricetta 'st') impostare codice STP / ENI (errore dato su pos. 185) Se impostato il codice fiscale: non deve contenere blank Se valorizzato deve essere formalmente valido E' facoltativo : Per le prestazioni erogate ai paganti in proprio (regime erog. = 03 o 04) la posizione dell'utente nei confronti del ticket è '00' (Esente) e codice esenzione B01 (soggetti a rischio HIV) o 020 (infezioni da HIV) Se posizione dell'assistito nei confronti del ticket = 00 (esente) e codice esenzione = 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool) se il codice prestazione è : 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 il codice fiscale è facoltativo. In questi casi si deve avere l'indicazione di Anonimo Anonimo in cognome nome. 	<p>A344 B-Codice fiscale impostato per tipo ricetta ue ee ne nx</p> <p>A306 - Codice regione non presente in tabella</p> <p>A307 - Codice azienda non presente in tabella</p> <p>A902 -Dato non numerico</p> <p>A345 B -- Tipo ricetta st/c. fisc. Deve iniziare per St/pteni</p> <p>A905 B-Cod. fiscale formalmente errato</p> <p>A906 B-Check digit codice fiscale errato</p> <p>A901 B-Dato mancante</p>
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	<p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A902 B-Dato non numerico</p> <p>A106 B-Sesso non congruente con codice fiscale</p> <p>A103 B-Sesso non valido</p>

138	DATA NASCITA	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO • 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) 	<p>A901 B-Dato mancante A902 B-Dato non numerico A903 B-Data formalmente errata</p> <p>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</p>
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 TCOMMONS, 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	<p>-OBBLIGATORIO</p> <p>-Valido</p> <p>-La modalità di accesso deve essere congruente con la tipologia modulistica</p> <p>Modalità di accesso Tipologia modulistica prescrittiva</p> <p>07 7</p> <p>06 1, 6</p> <p>10 1, 6</p> <p>05 1, 3</p> <p>-Per le strutture private non può valere 06 (pronto soccorso) o '10' (obi)</p>	<p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A318 B - Modalità d'accesso non valida</p> <p>A375 B-Mod. accesso non congruente con tipologia modulo</p>
163	POSIZIONE DELL'UTENTE NEL CONFRONTO DEL TICKET	<p>• obbligatorio</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>00 = esente</p> <p>04 = non esente</p> <p>05 = non esente, ticket riscosso da altri</p> <p>06 = esenzione mista prevista day service (dal 2011)</p> <p>10 = non si applica</p> <p>• 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 = MD0 in cui il sesso può essere 1</p> <p>Dal 2011</p> <p>• Se la posizione dell'utente nei confronti del ticket = 06 (esente parziale) - la tipologia della modulistica prescrittiva (pos 187) deve valere 3 (day service) e la modalità di accesso (pos 161) = 05 (day service ambulatoriale)</p>	<p>A513 B-Pronto soccorso non previsto per struttura privata</p> <p>A347 B -Obi non previsto per struttura privata</p> <p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A305 B -Codice posizione ticket non presente in tabella</p> <p>A379 B -Cod. posizione ticket incongruente con sesso</p> <p>A361 B - Cod. posizione ticket incongruente con tipo modulistica</p>

185	<p>IMPORTO TICKET PARTE INTERNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obbligatorio • Deve essere numerico • L'importo ticket deve essere zero se modalità d'accesso 10 (obi) • Se prestazioni di pronto soccorso e età inferiore a 14 l'importo ticket deve essere zero • Se posizione utente = 04 deve essere valorizzato • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 04 (con esclusione di mod. accesso 05 e 05 e odontoiatrica), l'importo deve essere compreso tra la somma dei importi di B e 35,15 • Se regime erogazione = 01 e pos. utente = 04 e modalità di accesso = 05 (PS) <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 89,25 o 94,99 o 94,19,1 o 95,02 - età >= 14 anni - l'importo deve essere 18 o 23 o 25 euro ○ E sono presenti più record B con <ul style="list-style-type: none"> - 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 utente = 05 <ul style="list-style-type: none"> ○ il ticket deve essere compilato a 0 • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 00 (dal 4° invio 2019) <ul style="list-style-type: none"> ○ il ticket deve essere compilato a 0 • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 10 (dal 4° invio 2010) <ul style="list-style-type: none"> ○ il ticket deve essere compilato a 0 • Se regime di erogazione = 02 o 03 o 04 (dal 4° invio 2010) <ul style="list-style-type: none"> ○ il ticket deve essere compilato a 0 <p>Dal 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 04 (non essente) o 05 e modalità di accesso = 05 (day service) l'importo deve essere compreso fra la somma degli importi di B (se tale somma è minore di 36,15) e 36,15 o fra 35,15 e la somma dei B (se tale somma è > di 35,15) 	<p>A902 B -Dato non numerico A342 B Se OBI l'importo ticket deve essere zero A383 B Se P.S. e età inferiore 14 anni importo ticket deve essere zero 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>A 527 B Prestazione di pronto soccorso con importo ticket non valido</p> <p>A 528 B Se ticket rimosso da altri l'importo ticket non deve essere impositato A547 B Se utente essente non impostare ticket</p> <p>A 550 B se ticket non si applica non compilare imp. ticket A551 B ticket non congruente con regime di erogazione</p> <p>A565 B Prestazione di day service con importo ticket non valido</p>
188	<p>IMPORTO TICKET PARTE DECIMALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • numerico • L'importo ticket valorizzato zero se modalità d'accesso 10 (obi) 	<p>A902 B -Dato non numerico A342 B- Se OBI l'importo ticket non deve essere impositato</p>

170	IMPURTO NETTO PARTE INTERA	<ul style="list-style-type: none"> • deve essere numerico • Può valere zero • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 04, l'importo non deve essere superiore alla somma degli importi di B - importo ticket file A • Se regime di erogazione = 01 (SSN) e posizione assistito nei confronti del ticket = 04 può essere negativo Il segno negativo è accettato solo come primo carattere • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 05 L'importo non deve essere superiore alla somma degli importi dei file B • Se regime di erogazione = 01 e posizione utente = 00 L'importo non deve essere superiore alla somma degli importi dei file B • Nel caso di pronto soccorso, ed è presente una sola prestazione, sono accettati i seguenti casi: l'importo prestazione 23 euro - importo ticket a 25 l'importo prestazione 25 euro - importo ticket a 23 l'importo prestazione 23 euro - importo ticket a 18 • Solamente per fuori regione se regime di erogazione = 01 e modalità di accesso <> 06 l'importo netto deve essere = a somma B - ticket 	<p>A902 B- Data non numerica</p> <p>A523 B -importo totale non congruente con importi ticket</p> <p>A545 B - importo negativo non valido</p> <p>A531 B -Se ticket riscosso da altri l'importo deve essere uguale alla somma importi B</p> <p>A548 B -importo totale non congruente</p> <p>A552 B -importo totale con congruente assitito fuori regione</p>
174	IMPURTO NETTO PARTE DECIMALE	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico 	<p>A902 B Data 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 • Valorizzata • Se valorizzata data valida (ggmmaaaa) • L'anno non può essere anteriore al 2006 e successivo all'anno in corso • Se l'ultima esenzione (B_0) vale E01 E02 E03 o E04 (esenzione per reddito) la data prescrizione è obbligatoria 	<p>A901B Data mancante.</p> <p>A313B-Posizione contabile errata.</p> <p>A326B- Posizione contabile non congruente con invio</p> <p>A901B -Data mancante</p> <p>A903B-Data formalmente errata</p> <p>A532 B - anno non ammissibile</p> <p>A304 B - Data sbagliata in caso di esenzione per reddito (errore bloccante dal 2° semestre 2011)</p>
177	DATA PRESCRIZIONE		

185	TIPO RICETTA	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	OBBLIGATORIO Valido -controllo di congruenza fra tipo modulistica / modalità di accesso / regime erogazione / prestazione / utilizzo della modulistica 8, riservato a strutture private	A371 B-Tipologia modulo prescrittivo non valido A521 B - Chizzo modulistica prescrittiva non autorizzato A522 B - Se tipo modulistica 8 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 EE NE NX 	
216	STATO ESTERO	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A356 I - Stato estero non impostato
218	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A357 I - Numero identif. personale non impostato
238	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE TESSERA	<ul style="list-style-type: none"> impostato se tipo ricetta = UE NE 	A358 I - Numero identif. Tessera non impostato
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
266	CODICE A BARRE RICETTA INDICE	<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 e' sempre lungo 15) Deve essere valorizzato in tutti e 15 i caratteri 	A634 I Ricetta indice non deve essere valorizzata A901 I - Dato mancante A372 I - Il codice a barre deve essere 15 caratteri A381 I - Il codice a barre non deve contenere spazi
		<ul style="list-style-type: none"> Codice regione -Campo obbligatorio -Numerico -codice regione valido Anno -Campo obbligatorio -Numerico Numero ricetta -Campo obbligatorio -Numerico Cifra di controllo valida SCARTANTE DAL 01/07/2009 	A901 I - Dato mancante A902 I - Dato non numerico A306 I - Cod. Regione non presente in tabella A901 I - Dato mancante A308 I - Dato non numerico A901 I - Dato mancante A902 I - Dato non numerico A902 I - Carattere di controllo errato
282	CLASSE DI PRIORITA'	Deve essere valorizzato solo per tipologia della modulistica = 1 (ricetta SSN) Se valorizzata deve essere valida	A570 - classe di priorità non deve essere valorizzata A669 - classe di priorità non valida
283	CODICE PRESTAZIONE SOLE	Deve essere valorizzato solo per tipologia della modulistica = 1 (ricetta SSN) Se valorizzata deve contenere 16 cifre	A 901 I - Dato mancante A 572 I - codice prestazione solo deve contenere 16 cifre

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 A930 B - Progressivo prestazione duplicato A319 I - Progressivo prestazione non in sequenza</p>
25	QUESITO DIAGNOSTICO SEL MEDICO PRESCRITTORE	<ul style="list-style-type: none"> ● FACOLTATIVO ● Se valorizzato si controlla l'esistenza sulla tabella TPATOLG delle patologie valide nel 2005 (ICD9CM2002) ● Obbligatorio se prestazione OBI e compilato solo per il record che contiene la prestaz. Obi con la tariffa. ● il quesito deve essere sempre uguale per tutte le prestazioni del postato se modalità di accesso (A. n. 181) = 05 (day service ambulatoriale) ● il quesito è facoltativo ● deve essere compilato almeno fino alla 3 cifra ● deve essere valido nella tabella TPATOLG delle patologie 	<p>A334 I Codice patologia non presente in tabella A353 I -Quesito diagnostico non impostato per Obi prestazione 89.09 A354 I -Quesito diagnostico impostato per prestazione diversa da 89.09 A355 B - Differente quesito per prestazioni stessa ricetta A901 I - Dato mancante A990 B - deve essere compilato almeno 3 cifra A334 B - Codice patologia non presente in tabella</p>
30	CODICE ESENZIONE	<p>OBBLIGATORIO per posizione dell'assistito nei confronti del ticket 00 = "esente";</p> <p>Sono ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● i codici a tre o quattro cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 2/15/2001) ● 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 + 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. <p>Per l'odontoiatria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 04 (non esente) inserire ISEE3 oppure ISEE4 oppure ISEE5 ● Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 00 (esente) inserire ISEE1 o codici di vulnerabilità sanitaria o socio-sanitaria <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 A503 B -Codice esenzione non valido A503 B -Codice esenzione non valido A503 B -Codice esenzione non valido 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' (ohv).</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	<p>● Valorizzata obbligatoriamente per le modalità di accesso 01, 02, 03, 04, 09</p> <p>● congruente con la data di prescrizione</p> <p>● Eccezione : per le prestazioni 044301 o 134101 se prescrizione e' posteriore a prenotazione</p> <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 contatto 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 contatto 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>A362 - Data di prenotazione congruente con data erogazione</p> <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 contatto 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 • Validità • 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 89.92.1) • 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</p> <p>A505 B - Codice prestazione non valido</p> <p>A506 B - Cod. prestazione incongruente con sesso</p> <p>A365 B - OBI: non è presente il codice prestazione 89.09</p> <p>A366 B - OBI: è presente più volte il codice prest. 89.09</p> <p>A519 B - Cod. prestazione 89.09 incongr. con mod. accesso</p>
70	QUANTITÀ	<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 Rossa) e la modalità di accesso <= 5 oppure <=6 oppure <=10. Sono esenti da tale controllo le prestazioni di radioterapia, dialisi, e piano odontoiatrico.</p> <p>* CONTROLLO MONOBRANCA*</p> <p>L'attributo di imbrobianca viene effettuato nel seguente modo: Si verifica che le prestazioni, all'interno del singolo contatto afferiscano alla stessa branca Tuttavia il codice di prestazione VISITA (69.7, 89.03, 89.07, 89.07) è compatibile con ogni branca ad eccezione della branca LABORATORIO e RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</p> <p>**CONTROLLO SUL NUMERO DI PRESTAZIONI**</p> <p>La somma delle singole quantità non deve superare mai il valore 6 La 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</p> <p>La somma delle singole quantità, all'interno di ogni singola ricetta, non deve superare mai il valore 30 La quantità di ogni singola prestazione di base non deve superare mai il valore 30 Numero massimo di codici prestazioni = 3</p>	<p>A901 B - Dato mancante</p> <p>A902 B - Dato non numerico</p> <p>A352 B - La quantità per obi prestaz. 89.09 deve essere 1</p> <p>A535 I - Le prestazioni non afferiscono tutte alla medesima branca</p> <p>A536 I - Quantità erogata dai contatti superiore al massimo consentito</p> <p>A538 I - La quantità erogata per la prestazione superiore al massimo consentito</p> <p>A537 I - 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: • 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)</p> <p>Ed e' presente un solo record B per il contatto con prestazione = 89.7 o 89.03 o 89.13 o 89.26 o 94.09 o 94.19.1 o 95.02 l'importo deve essere 23 euro o 25 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 	<p>A902 I - Dato non numerico</p>
78	APPARTENENZA AL BACINO DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • FACOLTATIVO • Valori ammessi : '0' '1' '2' o spazio <p>Il bacino e' obbligatorio solo nel caso di modalità di accesso 01 (ordinario) , 03 (urgente(24H)) , 04 (urgente differibile(7 giorni)) e regime di erogazione = 01 e per le sole prestazioni oggetto di monitoraggio.</p>	<p>A908 I - non valido</p> <p>A901 B - dato mancante</p>
79	CODICE DI PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO se modalità di accesso 06 • valorizzare '1', 'J', 'A', 'C' se la modalità d'accesso è 06 • Se modalità di accesso diversa da 06 non valorizzare • Se modalità d'accesso 06 nella ricetta, codice pronto soccorso uguali 	<p>A908 B - non valido</p> <p>A350 B - Mod accesso 06, codici pronto soccorso diversi</p>
80	MONITORAGGIO PRESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO • Deve valere '1' per le prestazioni: • 87.44.1 - 88.23 - 88.27 - 88.28 - 88.38.1 e altri valori presenti sulla circolare. • Per le altre prestazioni i valori ammessi sono '1', '2' • Se la tipologia della modulistica prescrittiva (A 187) = 1 (ricetta SSN) o 3 (day service) e obbligatorio e deve valere '1' o '2' 	<p>A333 I - Prestazione con quesito diagnostico non valido</p> <p>A908 B - non valido</p> <p>A903 B - Obbligatorio per ricetta SSN o day service</p>
81	REGIONE LABORATORIO	<p>La regione del laboratorio deve essere compilata solo nel caso in cui la prestazione sia di LABORATORIO</p> <p>-Obbligatorio</p> <p>-Numerico</p> <p>-Valido</p> <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>	<p>A541 B Non impostare se prestazione non di laboratorio</p> <p>A901 B-Dato mancante</p> <p>A902 B-Dato non numerico</p> <p>A306 B-Regione non presente in tabella</p> <p>A543 B Per il tipo di prestazione la regione deve essere = 080</p>

87	CODICE LABORATORIO	<p>Completare sempre se regione laboratorio = 080 E nel caso in cui la prestazione sia di LABORATORIO</p> <p>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</p> <p>Per gli altri codici prestazioni il codice laboratorio deve essere un codice struttura valido</p> <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 	<p>A541 B Non impostare se prestazione non di laboratorio</p> <p>A542 B Per il tipo di prestazione il codice laboratorio deve essere = all'erogatore</p> <p>A314 B Codice struttura non presente in archivio</p> <p>A332 B Struttura aperta successivamente</p>
93	COD. BASE SOLE	<p>Campo facoltativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se modulistica prescrittiva = 1 (ricetta SSN) o 5 (libero accesso) • Se compilato deve contenere almeno 4 cifre • Se compilato viene verificata la validità in archivio codici sole • Se compilato è valido il codice DM presente per il codice sole deve essere congruente con il codice prestazione presente sul record • Se compilato più di 4 cifre, la 5° cifra deve contenere un '1' <p>Se modulistica prescrittiva diversa da 1 (ricetta SSN) o 5 (libero accesso)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non deve essere compilato 	<p>A566 I - inserire almeno 4 caratteri</p> <p>A568 I - codice sole non presente in archivio</p> <p>A567 I - cod sole incongruente con cod prestazione</p> <p>A573 I - codice sole non valido</p> <p>A571 I - codice sole non deve essere valorizzato</p>

Referenti Regionali

Dott.ssa Agatina Fadda (nomenclatore tariffario) **Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi sanitari**

Tel 051/5277307 afadda@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Monica Merlin **Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

Tel 051/5277429 mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Francesca Francesconi **Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

Tel 051/5277431 ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Enrica Garuti (progetto sole) **Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi sanitari**

Tel 051/5277306 egaruti@regione.emilia-romagna.it

Antonio Brambilla



Eleonora Verdini

