

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

Modifica disciplinari e relativi tracciati records del flusso "C" ed "M"

IL DIRIGENTE GENERALE

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- Visto** l'art. 58 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – Servizio Epidemiologico e Statistico;
- Visto** il Decreto n. 36613 del 27 novembre 2001, che istituisce, presso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, il Centro Elaborazione Dati (CED) che, in ottemperanza ai dettami sulla sicurezza del trattamento dei dati sensibili, è autorizzato al trattamento dei flussi informativi necessari per lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui alla legge regionale n. 6/81;
- Visto** il D.A. n. 665 del 07 maggio 2002, concernente le modalità di trattamento e di trasmissione dei dati riguardanti le attività sanitarie delle aziende sanitarie della Regione;
- Visto** il D.A. n. 2433 del 22/10/2003 con il quale unitamente all'allegato disciplinare tecnico specifico per flusso "C" e il flusso "M" si impartiscono le istruzioni circa le modalità di trattamento e di trasmissione dei dati riguardanti l'attività specialistica ambulatoriale;
- Visto** D.A. n. 5876 del 30 giugno 2005 con il quale, tra gli altri, sono stati modificati i flussi informativi denominati "C" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale ed "M" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale convenzionata esterna;
- Vista** la l.r. n. 19 del 16/12/2008, che all' art. 1 indica i nuovi Dipartimenti in cui si articola l'Assessorato Regionale della Sanità;
- Vista** la delibera della Giunta Regionale di Governo n. 94 del 24/03/2009 ed in particolare l'allegato B che nel definire il nuovo assetto dell'Assessorato della Sanità costituisce l'Area Interdipartimentale 4 "Sistemi Informativi, statistica e monitoraggi" nella quale confluiscono le competenze relative a monitoraggi di flussi, statistiche ecc.. precedentemente svolte dal CED del soppresso Dipartimento Osservatorio Epidemiologico;
- Tenuto** conto di quanto disciplinato dal D.A. n. 1220 del 30/06/2011 (GURS 19/08/2011) "Piano Regionale per il governo dei tempi d'attesa per il triennio 2011-2013"
- Rilevata** la opportunità di rendere obbligatorio il campo denominato "Data di prenotazione" al fine di consentire un più puntuale monitoraggio dei tempi di attesa;

Ravvisata la necessità di inserire i seguenti nuovi campi: "Service" (solo per il flusso "M"), "Centro di rilevazione regionale - CRIL" (solo per il flusso "C"), "Onere della prestazione", "Tipo di accesso", "Garanzia dei tempi massimi", "Classe di priorità" e "Programmi regionali di prevenzione" (solo per il flusso "M");

Ritenuto di aggiungere i nuovi campi senza modificare la lunghezza dei tracciati, utilizzando parte dei caratteri già presenti nei precedenti tracciati record e denominati "campo vuoto";

Ritenuto pertanto, di dover apportare tali modifiche ai tracciati record denominati "C" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale ed "M" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale convenzionata esterna inserendo dei nuovi campi pur nel rispetto della lunghezza dei tracciati record;

D E C R E T A

Art. 1 Vengono modificati i disciplinari dei tracciati record denominati "C" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale ed "M" relativo all'attività di specialistica ambulatoriale convenzionata esterna.

Art. 2 I tracciati record contenenti tutte le informazioni che costituiranno i flussi informativi denominati "C" ed "M", dovranno essere predisposti secondo gli allegati disciplinari tecnici, che fanno parte integrante del presente decreto.

Art. 3 Si conferma che la trasmissione dei Flussi informativi "C" ed "M" dovrà essere effettuata entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento. Qualora tale scadenza ricada in giorno festivo e/o nelle giornate di sabato/domenica, la scadenza si considera postergata al primo giorno feriale utile.

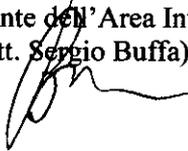
Art. 4 Le modifiche indicate nei relativi disciplinari tecnici entrano in vigore a decorrere dal 01/06/2012

Art. 5 Il controllo, la trasmissione ed ogni trattamento sui dati, dovrà rispettare la vigente normativa sulla privacy.

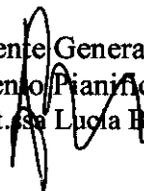
Il presente decreto verrà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione.

Palermo li 14 MAG. 2012

Il Dirigente dell'Area Interdip.4
(Dott. Sergio Buffa)



Il Dirigente Generale ad interim
del Dipartimento Pianificazione Strategica
(Dott. Sa Lucia Borsellino)



FLUSSO "C"

AGGIORNAMENTO DEL FLUSSO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RELATIVE ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RECORD

Premessa

Le aziende sanitarie dovranno prima verificare la correttezza del flusso utilizzando l'ultima versione disponibile del programma flowlook e solo nel caso di assenza di errori inviare il flusso alla regione, secondo le modalità indicate nel presente documento. Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali appartenenti al mese riferimento, quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket). Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione, la definizione e il relativo sistema di codifica da adottare per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

1 - Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

I tre caratteri identificano la Regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996) esempio: 190

2 - Codice Azienda sanitaria (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice della prestazione (Azienda sanitaria provinciale). I tre caratteri sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale. Esempio:101.

3- Codice regionale struttura erogatrice STS11 (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie provinciali STS11 "dati anagrafici delle strutture sanitarie" quadro D.

4 - Codice branca (alfanumerico - due caratteri - OBB)

I codici da utilizzare sono quelli utilizzati nel modello STS21 per la branca specialistica, elencati nella tabella sotto riportata.

Codice Descrizione branca specialistica

01	Anestesia
02	Cardiologia
03	Chirurgia generale
04	Chirurgia plastica
05	Chirurgia vascolare – angiologia
06	Dermosifilopatia
07	Diagnostica per immagini - medicina nucleare
08	Diagnostica per immagini - radiologia diagnostica
09	Endocrinologia
10	Gastroenterologia - chir. ed endoscopia digestiva
11	Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche - microbiologia - virologia - anatomia e istologia patologica - genetica - immunoematologia e serv. trasfusionale

- 12 Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
- 13 Nefrologia
- 14 Neurochirurgia
- 15 Neurologia
- 16 Oculistica
- 17 Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale
- 18 Oncologia
- 19 Ortopedia e traumatologia
- 20 Ostetricia e ginecologia
- 21 Otorinolaringoiatria
- 22 Pneumologia
- 23 Psichiatria
- 24 Radioterapia
- 25 Urologia
- 26 Altro
- 27 Allergologia
- 28 Diabetologia
- 29 Medicina dello sport
- 30 Reumatologia

5 - Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il codice regionale. Ove non attribuito (es. medici di guardia medica turistica, sostituti di guardia medica, di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, ecc.) riportare il codice fiscale o il codice EMPAM del medico.

6 - Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - FAC)

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

7 - Nome utente (alfa numerico - venti caratteri - FAC)

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

8 - Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Indicare il codice fiscale composto da 16 caratteri.

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/1991), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e dalla circolare del Ministero della salute 24 aprile 2000, n. 5.

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

Codifica da utilizzare: cod. "1" = maschio; cod. "2" = femmina.

10 - Data di nascita dell' utente (alfanumerico - otto caratteri - FAC) Formato: GGMMAAAA.

11 - Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

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

12 - Azienda sanitaria provinciale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Indicare il codice della Azienda sanitaria provinciale di residenza.

13 - Data di prenotazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Considerare quale data di prenotazione il giorno nel quale il paziente è stato inserito nella lista di attesa.

La compilazione del campo *Data di Prenotazione* va effettuata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (vedi campo 15 – Progressivo per ricetta).

14 - Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). In caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso non seguite da ricovero e di ricette che non hanno numero, deve essere seguita la seguente procedura di codifica: tre lettere che identificano la tipologia dell'accesso o della ricetta, seguite dall'anno scritto per intero (2012), seguite da un numero progressivo di 9 caratteri secondo la codifica di seguito riportata:

- ACD2012000000000 in caso di prestazioni ad accesso diretto;
- PSO2012000000000 in caso di prestazioni specialistiche richieste dal pronto soccorso;
- CEE2012000000000 in caso di ricette di assistiti CEE;
- CON2012000000000 in caso di ricette di consultori;
- GRA2012000000000 in catodi ricette di ricettario gravidanza fisiologica;
- MAR2012000000000 in caso di ricette di cassa marittima;
- SER2012000000000 in caso di ricette di SERT;
- ALT2012000000000 in caso di ricette di altre fattispecie.

15 - Progressivo riga per ricetta (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'utente, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record.

Le righe 01, 02,03, ecc. devono essere valorizzate nei seguenti campi: "Data erogazione", "Codice prestazione" e "Quantità"; mentre i campi "Data prenotazione", "Importo ticket", "Posizione ticket", "Posizione contabile", "Onere della prestazione" e "Classe di Priorità" non devono essere valorizzati. La riga "99" deve avere una valorizzazione inversa.

16 - Codifica diagnosi (alfanumerico - cinque caratteri - FAC)

Utilizzare la classificazione ICD9CM in vigore.

17 - Data erogazione della prestazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni.

Nel caso di un ciclo di prestazioni si deve riportare la data di chiusura ciclo.

18 - Codifica Nomenclatore (alfanumerico - un carattere - OBB)

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

19 - Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

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

Il codice deve essere inserito senza i punti separatori (es:8819; 882111).

20 - Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

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

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

Usare la seguente codifica: cod. "1" = esente; cod. "2" = non esente.

22 - Codice esenzione (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Questo campo va compilato solo se il paziente gode dell'esenzione ticket, indicata con codice "1" alla variabile "21- posizione utente nei confronti del ticket". Vedi tabella allegata.

23 - Importo ticket (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0". L'importo in euro deve essere riportato con la virgola (la virgola è uno dei sette caratteri) e i due decimali devono essere obbligatoriamente riportati nelle ultime due posizioni del campo, il simbolo € non va riportato (esempi: 0020,65; 0010,00);

24 - Importo totale (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario (tariffa piena). Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente. Il campo deve essere allineato a destra. L'importo in euro deve essere riportato con la virgola (la virgola è uno degli otto caratteri) e i due decimali devono essere obbligatoriamente riportati nelle ultime due posizioni del campo, il simbolo € non va riportato (es.: 20000,65; 00010,00).

25 - Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

- 1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;
- 2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;
- 3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

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

26 - Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB);

Esempio di identificativo record: ANNO (2005) AZIENDA (101) STRUTTURA (600200) PROGRESSIVO ANNUALE RICETTA (0000001).

27 - Centro di Rilevazione Regionale - CRIL (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Indicare il codice del Centro di rilevazione regionale associato alla unità operativa erogante. Tale campo, sarà obbligatorio a seguito della emissione del decreto relativo alla approvazione del Piano dei Centri di Rilevazione Regionale che sarà emanato dal Dipartimento Pianificazione Strategica; nelle more della pubblicazione del decreto non deve essere valorizzato (8 spazi vuoti).

28 - Onere della prestazione (alfanumerico - un carattere - OBB)

Specifica dell'Ente sul quale chi ricade l'onere del rimborso della prestazione effettuata.

Nei casi di seguito elencati si devono utilizzare i seguenti codici:

cod. "1" = prestazione a totale carico del SSN. Il "cod.1" è valido per: i cittadini italiani iscritti al S.S.N.; lavoratori di diritto italiano residenti all'estero; cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza; cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria; neonati figli di madri iscritte al SSN; cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure mediche.

cod. "7" = prestazione a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN;

cod. "8" = prestazione a carico del SSN: per gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nonché indigenti, per le

prestazioni sanitarie assicurate dal SSN di cui all'art. 35, comma 3 punti a), b), c), d), e) del D.Lgs 286/98 (Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5);

cod. "A" = prestazione a rimborso del Ministero dell'Interno: per gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nonché indigenti, per le prestazioni sanitarie assicurate dal SSN, di cui al comma 3, art. 35 del D.Lgs 286/98, e per gli stranieri regolarmente soggiornanti "insolventi" che non corrispondono l'onere delle prestazioni urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero ordinario o di day hospital), vedansi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5.

cod. "B" = prestazioni sanitarie erogate ai cittadini europei possessori di codice ENI (europei non iscritti).

cod. "9" = Altro (ad esempio prestazioni richieste da altri enti come INAIL ai quali fatturare la prestazione stessa).

La compilazione del campo *Onere della Prestazione* va effettuata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (vedi campo 15 – Progressivo per ricetta).

29 - Tipo accesso (alfanumerico - un carattere - OBB)

Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno.

Usare la seguente codifica: cod. "0" = altro accesso; cod. "1" = primo accesso.

30 - Garanzia tempi massimi (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codifica indicante la garanzia dei tempi massimi di attesa.

Cod. "1" = da garantire (riferito all'utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi d'attesa relativamente alle prestazioni indicate nel Piano Regionale di Governo dei tempi d'attesa); cod. "0" = non rientra (riferito all'utente che non rientra nella categoria precedente, da utilizzare in atto solo nei casi in cui l'utente volontariamente non ha accettato la prima prenotazione propostagli). La valorizzazione del campo è obbligatoria solo per il primo accesso.

31 - Classe priorità (alfanumerico - un carattere - OBB)

Priorità della prestazione erogata. Usare la seguente codifica:

- cod. "U" = prestazione erogata "nel più breve tempo possibile, e comunque entro 72 ore dalla prenotazione";

- cod. "B" = prestazione erogata entro 10 giorni;

- cod. "D" = prestazione erogata entro 30 g per le visite, entro 60 g per gli esami strumentali;

- cod. "P" = prestazione erogata entro 180 giorni;

- cod. "Z" = per indicare la mancata biffatura sulla ricetta.

Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni ivi presenti e va indicata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (campo 15 – Progressivo per ricetta).

32 – Campo vuoto (alfanumerico - 2 caratteri)

Tracciato record attività specialistica ambulatoriale convenzionata esterna

Tabella:Flusso "C"

Tracciato record attività specialistica ambulatoriale convenzionata esterna

Campo	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-3	Codice Regione	AN	3
2	4-6	Codice Azienda sanitaria	AN	3
3	7-12	Codice regionale struttura erogatrice (STS11)	AN	6
4	13-14	Codice branca	AN	2

B

A

5	15-30	Codice medico prescrittore	AN	16
6	31-60	Cognome utente	AN	30
7	61-80	Nome utente	AN	20
8	81-96	Codice fiscale utente	AN	16
9	97	Sesso utente	AN	1
10	98-105	Data nascita utente	AN	8
11	106-111	Comune di residenza	AN	6
12	112-114	Azienda Sanitaria Provinciale di residenza	AN	3
13	115-122	Data di prenotazione	AN	8
14	123-138	Numero ricetta	AN	16
15	139-140	Progressivo riga per ricetta	AN	2
16	141-145	Codifica diagnosi	AN	5
17	146-153	Data erogazione della prestazione	AN	8
18	154	Codifica Nomenclatore	AN	1
19	155-161	Codice prestazione	AN	7
20	162-164	Quantità	N	3
21	165-166	Posizione ticket	AN	2
22	167-172	Codice esenzione	AN	6
23	173-179	Importo ticket	AN	7
24	180-187	Importo totale	AN	8
25	188-188	Posizione contabile	AN	1
26	189-208	Identificativo record	AN	20
27	209-216	Centro di Rilevazione Regionale - CRIL	AN	8
28	217	Onere della prestazione	AN	1
29	218	Tipo accesso	AN	1
30	219	Garanzia tempi massimi	AN	1
31	220	Classe priorità	AN	1
32	221-222	Campo vuoto	AN	2

Totale lunghezza del record: 222

Note: Formato

AN: Alfanumerico

N: Numerico

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

FLUSSO "M"
AGGIORNAMENTO DEL FLUSSO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE CONVENZIONATA ESTERNA E RELATIVE
ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA
RIPORTARE NEL TRACCIATO RECORD

Premessa

Gli specialisti e le strutture accreditate, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 724/94, dovranno prima verificare la correttezza del flusso utilizzando l'ultima versione disponibile del programma flowlook e solo nel caso di assenza di errori inviare il flusso alle Aziende sanitarie provinciali di appartenenza, anche ai fini del relativo pagamento, entro 10 giorni dalla fine del mese di riferimento. Successivamente le Aziende sanitarie provinciali invieranno alla Regione, secondo le modalità indicate nel presente documento, i dati delle predette strutture. Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate esterne, appartenenti al mese riferimento, quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket). Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione, la definizione e il relativo sistema di codifica da adottare per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata esterna.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

1 - Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

I tre caratteri identificano la Regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996) esempio: 190

2 - Codice Azienda sanitaria (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice della prestazione (Azienda sanitaria provinciale). I tre caratteri sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale. Esempio:101.

3- Codice regionale struttura erogatrice STS11 (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie provinciali STS11 "dati anagrafici delle strutture sanitarie" quadro D.

4 - Codice branca (alfanumerico, due caratteri, OBB)

I codici da utilizzare sono quelli utilizzati nel modello STS21 per la branca specialistica, elencati nella tabella sotto riportata.

Codice Descrizione branca specialistica

01	Anestesia
02	Cardiologia
03	Chirurgia generale
04	Chirurgia plastica
05	Chirurgia vascolare - angiologia
06	Dermosifilopatia
07	Diagnostica per immagini - medicina nucleare
08	Diagnostica per immagini - radiologia diagnostica
09	Endocrinologia

- 10 Gastroenterologia - chir. ed endoscopia digestiva
- 11 Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche - microbiologia - virologia - anatomia e istologia patologica - genetica - immunoematologia e serv. trasfusionale
- 12 Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
- 13 Nefrologia
- 14 Neurochirurgia
- 15 Neurologia
- 16 Oculistica
- 17 Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale
- 18 Oncologia
- 19 Ortopedia e traumatologia
- 20 Ostetricia e ginecologia
- 21 Otorinolaringoiatria
- 22 Pneumologia
- 23 Psichiatria
- 24 Radioterapia
- 25 Urologia
- 26 Altro
- 27 Allergologia
- 28 Diabetologia
- 29 Medicina dello sport
- 30 Reumatologia

5 - Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il codice regionale. Ove non attribuito (es. medici di guardia medica turistica, sostituti di guardia medica, di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, ecc.) riportare il codice fiscale o il codice EMPAM del medico.

6 - Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - FAC)

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

7 - Nome utente (alfa numerico - venti caratteri - FAC)

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

8 - Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Indicare il codice fiscale composto da 16 caratteri.

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/1991), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e dalla circolare del Ministero della salute 24 aprile 2000, n. 5.

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

Codifica da utilizzare: cod. "1" = maschio; cod. "2" = femmina.

10 - Data di nascita dell' utente (alfanumerico - otto caratteri - FAC) Formato: GGMMAAAA.

FLUSSO "M"
AGGIORNAMENTO DEL FLUSSO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE CONVENZIONATA ESTERNA E RELATIVE
ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA
RIPORTARE NEL TRACCIATO RECORD

Premessa

Gli specialisti e le strutture accreditate, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 724/94, dovranno prima verificare la correttezza del flusso utilizzando l'ultima versione disponibile del programma flowlook e solo nel caso di assenza di errori inviare il flusso alle Aziende sanitarie provinciali di appartenenza, anche ai fini del relativo pagamento, entro 10 giorni dalla fine del mese di riferimento. Successivamente le Aziende sanitarie provinciali invieranno alla Regione, secondo le modalità indicate nel presente documento, i dati delle predette strutture. Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate esterne, appartenenti al mese riferimento, quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket). Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione, la definizione e il relativo sistema di codifica da adottare per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata esterna.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

1 - Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

I tre caratteri identificano la Regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996) esempio: 190

2 - Codice Azienda sanitaria (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice della prestazione (Azienda sanitaria provinciale). I tre caratteri sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale. Esempio:101.

3- Codice regionale struttura erogatrice STS11 (alfanumerico, sei caratteri, OBB)
Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie provinciali STS11 "dati anagrafici delle strutture sanitarie" quadro D.

4 - Codice branca (alfanumerico, due caratteri, OBB)

I codici da utilizzare sono quelli utilizzati nel modello STS21 per la branca specialistica, elencati nella tabella sotto riportata.

Codice Descrizione branca specialistica

01	Anestesia
02	Cardiologia
03	Chirurgia generale
04	Chirurgia plastica
05	Chirurgia vascolare - angiologia
06	Dermosifilopatia
07	Diagnostica per immagini - medicina nucleare
08	Diagnostica per immagini - radiologia diagnostica
09	Endocrinologia

11 - Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

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

12 - Azienda sanitaria provinciale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Indicare il codice della Azienda sanitaria provinciale di residenza.

13 - Data di prenotazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Considerare quale data di prenotazione il giorno nel quale il paziente è stato inserito nella lista di attesa.

La compilazione del campo *Onere della Prestazione* va effettuata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (vedi campo 15 – Progressivo per ricetta).

14 - Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

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

15 - Progressivo riga per ricetta (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'utente, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record.

Le righe 01, 02,03, ecc. devono essere valorizzate nei seguenti campi: "Data erogazione", "Codice prestazione" e "Quantità"; mentre i campi "Data prenotazione", "Importo ticket", "Posizione ticket", "Posizione contabile", "Onere della prestazione" e "Classe di Priorità" non devono essere valorizzati. La riga "99" deve avere una valorizzazione inversa.

16 - Codifica diagnosi (alfanumerico - cinque caratteri - FAC)

Utilizzare la classificazione ICD9CM in vigore.

17 - Data erogazione della prestazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni.

Nel caso di un ciclo di prestazioni si deve riportare la data di chiusura ciclo.

18 - Service (alfanumerico - un carattere - OBB)

Solo per i laboratori d'analisi: codificare con "1" se erogato dalla stessa struttura; "2" se erogato tramite service.

19 - Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

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

Il codice deve essere inserito senza i punti separatori (es:8819; 882111).

20 - Quantità (numerico - tre caratteri - OBB)

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

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

Usare la seguente codifica: cod. "1" = esente; cod. "2" = non esente.

22 - Codice esenzione (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Questo campo va compilato solo se il paziente gode dell'esenzione ticket, indicata con codice "1" alla variabile "21- *posizione utente nei confronti del ticket*". Vedi tabella allegata.

23 - Importo ticket (alfanumerico - sette caratteri - OBB)

Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0". L'importo in euro deve essere riportato con la virgola (la virgola è uno dei sette caratteri) e i due decimali devono essere obbligatoriamente

riportati nelle ultime due posizioni del campo, il simbolo € non va riportato (esempi: 0020,65; 0010,00).

24 - Importo totale (alfanumerico – otto caratteri - OBB)

Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario (tariffa piena). Nella riga "99" si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dall'utente. Il campo deve essere allineato a destra. L'importo in euro deve essere riportato con la virgola (la virgola è uno degli otto caratteri) e i due decimali devono essere obbligatoriamente riportati nelle ultime due posizioni del campo, il simbolo € non va riportato (esempi: 20000,65; 00010,00).

25 - Posizione contabile (alfanumerico – un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

- 1 = prestazione appartenente al periodo di competenza;
- 2 = prestazione recuperata dal periodo precedente;
- 3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

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

26 - Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB);

Esempio di identificativo record: ANNO (2005) AZIENDA (101) STRUTTURA (600200) PROGRESSIVO ANNUALE RICETTA (0000001).

27 - Importo al netto dello sconto (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Nelle righe diverse da "99" deve essere valorizzato con l'importo della prestazione al netto dello sconto. Nella riga "99" deve essere valorizzato con l'importo al netto del ticket e dello sconto (corrisponde all'importo richiesto a rimborso dalla struttura per ogni ricetta, (esempi: 00600,65; 00008,00)).

28 - Onere della prestazione (alfanumerico - un carattere - OBB)

Specifica dell'Ente sul quale chi ricade l'onere del rimborso della prestazione effettuata.

Nei casi di seguito elencati si devono utilizzare i seguenti codici:

cod. "1" = prestazione a totale carico del SSN. Il "cod.1" è valido per: i cittadini italiani iscritti al S.S.N.; lavoratori di diritto italiano residenti all'estero; cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza; cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria; neonati figli di madri iscritte al SSN; cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure mediche.

cod. "7" = prestazione a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN;

cod. "8" = prestazione a carico del SSN: per gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nonché indigenti, per le prestazioni sanitarie assicurate dal SSN di cui all'art. 35, comma 3 punti a), b), c), d), e) del D.Lgs 286/98 (Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5);

cod. "A" = prestazione a rimborso del Ministero dell'Interno: per gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nonché indigenti, per le prestazioni sanitarie assicurate dal SSN, di cui al comma 3, art. 35 del D.Lgs 286/98, e per gli stranieri regolarmente soggiornanti "insolventi" che non corrispondono l'onere delle prestazioni urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero ordinario o di day hospital), vedansi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5.

cod. "B" = prestazioni sanitarie erogate ai cittadini europei possessori di codice ENI (europei non iscritti).

cod. "9" = Altro (ad esempio prestazioni richieste da altri enti come INAIL ai quali fatturare la prestazione stessa).

La compilazione del campo *Onere della Prestazione* va effettuata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (vedi campo 15 – Progressivo per ricetta).

29 - Tipo accesso (alfanumerico - un carattere - OBB)

Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno.

Usare la seguente codifica: cod. "0" = altro accesso; cod."1" = primo accesso.

30 - Garanzia tempi massimi (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codifica indicante la garanzia dei tempi massimi di attesa.

Cod. "1"= da garantire (riferito all'utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi d'attesa relativamente alle prestazioni indicate nel Piano Regionale di Governo dei tempi d'attesa); cod. "0"= non rientra (riferito all'utente che non rientra nella categoria precedente, da utilizzare in atto solo nei casi in cui l'utente volontariamente non ha accettato la prima prenotazione propostagli). La valorizzazione del campo è obbligatoria solo per il primo accesso.

31 - Classe priorità (alfanumerico - un carattere - OBB)

Priorità della prestazione erogata. Usare la seguente codifica:

- cod. "U" = prestazione erogata "nel più breve tempo possibile, e comunque entro 72 ore dalla prenotazione";

- cod. "B" = prestazione erogata entro 10 giorni;

- cod. "D" = prestazione erogata entro 30 g per le visite, entro 60 g per gli esami strumentali;

- cod. "P" = prestazione erogata entro 180 giorni;

- cod. "Z" = per indicare la mancata biffatura sulla ricetta.

Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni ivi presenti e va indicata sulla riga cod. "99" del progressivo per ricetta (vedi campo 15 – Progressivo per ricetta).

32 - Programmi regionali di prevenzione (alfanumerico - 2 caratteri - FAC, da indicare obbligatoriamente nei casi previsti)

Usare la seguente codifica:

cod. "01" = elettroforesi emoglobina; cod. "02" = glicemia, colesterolo totale, HDL; cod.

"03" = esami di routine; cod. "04" = misurazioni del visus; cod. "05" = test di ISHIHARA;

cod. "06" = visita odontoiatrica; cod. "07" = visita ortopedica; cod. "08" = esame

audiologico; cod. "09" = visita cardiologica, ECG, elettrocardiogramma; cod."10" = Esame

del fundus oculi; cod. "11" = laserterapia retinica; cod. "12"= valutazione microalbuminuria;

cod. "13" = mammografia ed ecografia mammaria; cod. "14" = Rx scheletro; cod. "15" =

esami diagnostici (RX, TAC e RMN); cod. "16" = riabilitazione motoria; cod. "17" =

elettrostimolazione; cod. "18" = riabilitazione strumentale; cod. "19"= riabilitazione

funzionale.

Tracciato record attività specialistica ambulatoriale convenzionata esterna

Tabella: Flusso "M"

Tracciato record attività specialistica ambulatoriale convenzionata esterna

Campo	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-3	Codice Regione	AN	3
2	4-6	Codice Azienda sanitaria	AN	3
3	7-12	Codice regionale struttura erogatrice (STS11)	AN	6
4	13-14	Codice branca	AN	2
5	15-30	Codice medico prescrittore	AN	16
6	31-60	Cognome utente	AN	30

7	61-80	Nome utente	AN	20
8	81-96	Codice fiscale utente	AN	16
9	97	Sesso utente	AN	1
10	98-105	Data nascita utente	AN	8
11	106-111	Comune di residenza	AN	6
12	112-114	Azienda Sanitaria Provinciale di residenza	AN	3
13	115-122	Data di prenotazione	AN	8
14	123-138	Numero ricetta	AN	16
15	139-140	Progressivo riga per ricetta	AN	2
16	141-145	Codifica diagnosi	AN	5
17	146-153	Data erogazione della prestazione	AN	8
18	154	Service	AN	1
19	155-161	Codice prestazione	AN	7
20	162-164	Quantità	N	3
21	165-166	Posizione ticket	AN	2
22	167-172	Codice esenzione	AN	6
23	173-179	Importo ticket	AN	7
24	180-187	Importo totale	AN	8
25	188-188	Posizione contabile	AN	1
26	189-208	Identificativo record	AN	20
27	209-216	Importo al netto dello sconto	AN	8
28	217	Onere della prestazione	AN	1
29	218	Tipo accesso	AN	1
30	219	Garanzia tempi massimi	AN	1
31	220	Classe priorità	AN	1
32	221-222	Programmi regionali di prevenzione	AN	2

Totale lunghezza del record: 222

Note: Formato

AN: Alfanumerico

N: Numerico

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