



GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE n1455 del 08 novembre 2002

OGGETTO: Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000 n.388, come modificata dalla legge n.405/01, che prevede, tra l'altro, che le regioni adottino le necessarie iniziative per attivare nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere e determinino le sanzioni da applicare a carico dei soggetti che abbiano omesso gli adempimenti connessi al monitoraggio;

VISTA la propria deliberazione n.2611 del 6.5.1997 "Progettazione e sperimentazione del sistema informativo assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS) ...";

VISTA la Circolare n.60 del 15 dicembre 1997 con la quale sono state emanate "Direttive operative per l'attivazione del S.I.A.S.: flussi informativi, formati di registrazione e controlli di qualità. Anno 1998."

VISTA la propria deliberazione n.944 del 28 giugno 2001 " Sistema di remunerazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2001" che, per le finalità del sistema di finanziamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, individua l'esigenza di accrescere la completezza della base informativa di dette prestazioni;

VISTO il DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" ed in particolare, l'allegato 3 che, tra le "Indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio-sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate" prevede, tra l'altro, per le prestazioni di assistenza specialistica, lo sviluppo del sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;

VISTE le proprie deliberazioni in materia di Livelli essenziali di assistenza ed, in particolare, la deliberazione n.863 del 28 giugno 2002 "Livelli essenziali di assistenza: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM del 29.11.01" ;

VISTO il DPCM 16 aprile 2002 recante "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" di attuazione dell'accordo stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (Repertorio atti n.1386);

VISTO l'Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Repertorio n.1488 del 11.7.2002) sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo stato Regioni del 14 febbraio 2002 ;

CONSIDERATO che si rendono necessarie una riorganizzazione della base di dati e un aggiornamento delle informazioni raccolte, pur mantenendo la struttura attuale del sistema informativo, sulla base dell'esperienza maturata in quattro anni di rilevazione sistematica dei dati di prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle nuove esigenze informative espresse dai vari livelli di governo ai fini di programmazione e valutazione del livello assistenziale relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTA la L.R. 1 settembre 1999 n.16 che prevede che l'Agenzia di Sanità pubblica del Lazio, di seguito denominata ASP, curi la progettazione, la sperimentazione, il coordinamento e la valutazione dei sistemi informativi del SSR, gestisca i sistemi informativi di livello regionale attinenti all'epidemiologia e quelli relativi alle prestazioni del SSR, riceva, elabori e diffonda in rete, tempestivamente, l'insieme dei dati del sistema informativo al fine di consentire ad ogni ente e soggetto interessato di adempiere ai propri fini istituzionali;

VISTA la nota Prot.3410 del 30/11/2001 con la quale il Direttore Generale dell'ASP ha trasmesso l'allegato tecnico relativo all'aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS);

CONSIDERATO che l'organizzazione strutturale del SIAS permette di raccogliere in un unico sistema di rilevazione sia la documentazione delle prestazioni effettuate sia la documentazione delle quantità economiche da parte di tutti i soggetti erogatori;

RITENUTO che al fine di completare la base informativa sia necessario, ai sensi della propria deliberazione n. 944/01, estendere il debito informativo delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate alla registrazione di tutte le prestazioni erogate, comprese quelle che non comportino un'effettiva remunerazione a carico del SSR (es. libera professione intramoenia, a pagamento, ecc.);

RITENUTO, inoltre, fermi restando gli obblighi informativi del registro Dialisi, attivato ai sensi della propria deliberazione n. 7940/87, di includere, a partire dal 1° luglio 2003, con modalità da definire con successiva circolare esplicativa, tra le prestazioni rilevabili anche quelle dialitiche;

RITENUTO inoltre di includere, a partire dal 1° gennaio 2003, tra le prestazioni rilevabili anche quelle relative alla Medicina Sportiva con modalità da definire con successiva circolare esplicativa;

RITENUTO necessario inoltre, al fine di consentire una migliore descrizione in termini di appropriatezza e tempestività dell'assistenza specialistica ambulatoriale assicurata alla popolazione regionale, di includere nella rilevazione alcune informazioni aggiuntive sulle caratteristiche cliniche dell'assistito, sulle indicazioni all'effettuazione della prestazione e sulla modalità di erogazione e di refertazione;

RITENUTO pertanto, di aggiornare il Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS), come riportato nell'allegato tecnico che costituisce parte integrante del presente provvedimento, modificando il tracciato record attualmente in vigore con l'introduzione dei seguenti nuovi campi:

- Identificativo di Record
- Codice Polo
- Presidio Secondario

- Tipologia Soggetto Erogatore Principale
- Comune di Nascita
- Municipalità di Residenza
- Cittadinanza
- Livello di Priorità della Richiesta
- Prescrizione Suggesta da specialista
- Determinante Clinico
- Data di Richiesta della prestazione
- Data di Inizio Ciclo
- Patologia di Esenzione
- Tipologia di Pagamento
- Codice di Ambulatorio
- Data di Refertazione
- Referto

CONSIDERATO che, al fine di consentire l'avvio a regime del nuovo sistema informativo dal 1° aprile 2004, è necessario prevederne un'attivazione progressiva, da parte dei soggetti erogatori, a partire dal 1° gennaio 2003, supportando tale attivazione con idonee iniziative formative e di sperimentazione;

RITENUTO che in considerazione della complessità della messa a regime del nuovo sistema, debba prevedersi una gradualità nei tempi di soddisfacimento del debito informativo da parte dei soggetti erogatori relativamente ai nuovi campi, come descritto al punto 3 dell'allegato tecnico, sulla base dello schema temporale di seguito specificato:

- dal 1° gennaio 2003*** saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:
 - Identificativo di Record
 - Tipologia Soggetto Erogatore Principale
- dal 1° aprile 2003*** saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:
 - Comune di Nascita
 - Data di richiesta della prestazione
 - Data di inizio ciclo
- dal 1° luglio 2003*** saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:
 - Cittadinanza
 - Prescrizione suggerita da specialista
 - Patologia di esenzione
 - Tipologia di pagamento
- dal 1° gennaio 2004*** saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:
 - Livello di priorità della richiesta (solo per prestazioni critiche regionali)
 - Determinante clinico (solo per prestazioni critiche regionali)
 - Data di refertazione
 - Referto (solo per prestazioni critiche regionali)
- dal 1° aprile 2004*** saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:
 - Presidio Secondario
 - Municipalità di Residenza
 - Codice Polo
 - Codice di Ambulatorio

RITENUTO che a partire dal 1° gennaio 2003, l'attività di controllo di qualità dei dati verrà condotta sulla base del nuovo tracciato record, ma la mancanza o errata compilazione dei nuovi campi non previsti come obbligatori, non comporterà lo scarto della ricetta, per i periodi temporali come definiti dai punti precedenti, al fine di documentare il monitoraggio dei livelli di accuratezza nella registrazione dei dati, verrà fornito, per ciascun soggetto erogatore, un report informatizzato al termine di ogni accettazione dei dati;

IN ATTUAZIONE della legge n. 675/96 e successive modificazioni, nonché dei relativi decreti applicativi, i dati anagrafici dell'utente dovranno essere contenuti su un archivio separato che sarà utilizzato solo per l'effettuazione dei controlli di qualità e di corrispondenza con il contenuto delle ricette e delle prestazioni effettivamente erogate; le informazioni contenute nel suddetto archivio sono sottoposte al segreto d'ufficio e a tutti i vincoli previsti dalle norme sulla tutela della privacy;

CONSIDERATO inoltre necessario attivare, analogamente a quanto già avviene per l'assistenza ospedaliera un sistema di controllo sull'assistenza specialistica ambulatoriale da effettuare su base annuale (intero archivio regionale) con il coinvolgimento delle ASL, a cui sarà demandato il compito di controllo effettivo in loco, secondo linee guida definite;

RITENUTO a tal fine di dare mandato all'ASP di:

1. assicurare supporto tecnico ai soggetti interessati all'aggiornamento del SIAS,
2. attivare idonee iniziative formative e di sperimentazione, nei riguardi, in particolare dei soggetti prescrittori;
3. elaborare linee guida per le attività di controllo da parte delle ASL atte a verificare l'attività ambulatoriale svolta ed eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori;
4. attivare controlli di completezza e qualità dei dati;
5. attivare controlli sulla corrispondenza tra dati trasmessi e ricette (a campione sulle ricette presso i soggetti erogatori);
6. Predisporre una relazione annuale sulle attività svolte.

Ritenuto inoltre di dover procedere ad una revisione delle procedure amministrative e contabili attualmente in essere, i.n relazione all'esigenza di semplificazione, trasparenza ed adeguamento alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy nonché di controllo e remunerazione delle prestazioni erogate, dando specifico mandato alla Direzione Regionale competente;

All'unanimità,

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1) di aggiornare a partire dal 1 gennaio 2003 il Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS), come riportato nell'allegato tecnico che costituisce parte integrante del presente provvedimento, modificando il tracciato record attualmente in vigore con l'introduzione dei seguenti nuovi campi:

- Identificativo di Record
- Codice Polo
- Presidio Secondario

- Tipologia Soggetto Erogatore Principale
- Comune di Nascita
- Municipalità di Residenza
- Cittadinanza
- Livello di Priorità della Richiesta
- Prescrizione Suggesta da specialista
- Determinante Clinico
- Data di Richiesta della prestazione
- Data di Inizio Ciclo
- Patologia di Esenzione
- Tipologia di Pagamento
- Codice di Ambulatorio
- Data di Refertazione
- Referto

2) estendere il debito informativo delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate alla registrazione di tutte le prestazioni erogate, comprese quelle che non comportino un'effettiva remunerazione a carico del SSR (es. libera professione intramoenia, a pagamento, ecc.);

3) includere, a partire dal 1° luglio 2003, con modalità da definire con successiva circolare esplicativa, tra le prestazioni rilevabili anche quelle dialitiche, fermi restando gli obblighi informativi del registro *Dialisi*;

4) includere, a partire dal 1° gennaio 2003, con modalità da definire con successiva circolare esplicativa, tra le prestazioni rilevabili anche quelle di *Medicina Sportiva*;

5) Prevedere un'attivazione progressiva del nuovo sistema informativo da parte dei soggetti erogatori, a partire dal 1° gennaio 2003 al fine di consentire l'avvio a regime dal 1° aprile 2004, supportando tale attivazione con idonee iniziative formative e di sperimentazione;

6) Prevedere una gradualità nei tempi di soddisfacimento del debito informativo da parte dei soggetti erogatori relativamente ai nuovi campi, come descritto al punto 3 dell'allegato tecnico, sulla base dello schema temporale di seguito specificato:

dal 1° gennaio 2003 saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:

- Identificativo di Record
- Tipologia Soggetto Erogatore Principale

dal 1° aprile 2003 saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:

- Comune di Nascita
- Data di richiesta della prestazione
- Data di inizio ciclo

dal 1° luglio 2003 saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:

- Cittadinanza
- Prescrizione suggerita da specialista
- Patologia di esenzione
- Tipologia di pagamento

dal 1° gennaio 2004 saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:

- Livello di priorità della richiesta (solo per prestazioni critiche regionali)
- Determinante clinico (solo per prestazioni critiche regionali)
- Data di refertazione

- Referto (solo per prestazioni critiche regionali)

dal 1° aprile 2004 saranno obbligatori i seguenti nuovi campi:

- Presidio Secondario
- Municipalità di Residenza
- Codice Polo
- Codice di Ambulatorio

7) Stabilire che a partire dal 1° gennaio 2003, l'attività di controllo di qualità dei dati verrà condotta sulla base del nuovo tracciato record, ma la mancanza o errata compilazione dei nuovi campi non previsti come obbligatori, non comporterà lo scarto della ricetta, per i periodi temporali come definiti dai punti precedenti, inoltre al fine di documentare il monitoraggio dei livelli di accuratezza nella registrazione dei dati, verrà fornito, per ciascun soggetto erogatore, un report informatizzato al termine di ogni accettazione dei dati;

8) Stabilire che in attuazione della legge n. 675/96 e successive modificazioni, nonché dei relativi decreti applicativi, i dati anagrafici dell'utente dovranno essere contenuti su un archivio separato che sarà utilizzato solo per l'effettuazione dei controlli di qualità e di corrispondenza con il contenuto delle ricette e delle prestazioni effettivamente erogate; le informazioni contenute nel suddetto archivio sono sottoposte al segreto d'ufficio e a tutti i vincoli previsti dalle norme sulla tutela della privacy;

9) Attivare, analogamente a quanto già avviene per l'assistenza ospedaliera un sistema di controllo sull'assistenza specialistica ambulatoriale da effettuare su base annuale (intero archivio regionale) con il coinvolgimento delle ASL, a cui sarà demandato il compito di controllo effettivo in loco, secondo linee guida definite;

10) Dare mandato all'ASP di:

1. assicurare supporto tecnico ai soggetti interessati all'aggiornamento del SIAS,
2. attivare idonee iniziative formative e di sperimentazione, nei riguardi, in particolare dei soggetti prescrittori;
3. elaborare linee guida per le attività di controllo da parte delle ASL atte a verificare l'attività ambulatoriale svolta ed eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori;
4. attivare controlli di completezza e qualità dei dati;
5. attivare controlli sulla corrispondenza tra dati trasmessi e ricette (a campione sulle ricette presso i soggetti erogatori);
6. Predisporre una relazione annuale sulle attività svolte

11) dare mandato alla Direzione Regionale competente di procedere ad una revisione delle procedure amministrative e contabili attualmente in essere, in relazione all'esigenza di semplificazione, trasparenza ed adeguamento alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy nonché di controllo e remunerazione delle prestazioni erogate.

ALLEGATO

NUOVE MODALITA' DI RILEVAZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (S.I.A.S.)

Il presente documento è composto di:

- 1 – Tracciato record degli archivi analitici
- 2 – Caratteristiche specifiche dei contenuti informativi
- 3 – Criteri di accettabilità degli archivi
- 4 – Modalità di trasmissione dei dati

1. TRACCIATO RECORD DEGLI ARCHIVI ANALITICI DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

pr	pert	denominazione del campo	caratteri	colonne	formato	prior	flag
1	1	Identificativo di Record	7	01-07	Numerico (all.dx)	1	N
2	2	AUSL	3	08-10	Alfanumerico	1	V
3	2	Presidio principale	6	11-16	Alfanumerico	1	M
4	2	Codice di Polo	2	17-18	Alfanumerico	2	N
5	3	Presidio secondario	6	19-24	Alfanumerico	2	N
6	2	Tipologia di soggetto erogatore principale	1	25-25	Alfanumerico	1	N
7	2	Tipologia di soggetto prescrittore	1	26-26	Alfanumerico	1	M
8	2	Codice di soggetto prescrittore	16	27-42	Alfanumerico (all.dx)	1	V
9	2	Codice fiscale dell'assistito	16	43-58	Alfanumerico	1	V
10	2	Cognome dell'assistito	30	59-88	Alfanumerico (all.sx)	1	V
11	2	Nome dell'assistito	20	89-108	Alfanumerico (all.sx)	1	V
12	2	Sesso	1	109-109	Alfanumerico	1	V
13	2	Comune di nascita	6	110-115	Alfanumerico	1	N
14	2	Data di nascita	8	116-123	Alfanumerico	1	V
15	2	Comune di residenza	6	124-129	Alfanumerico	1	V
16	2	Municipalità di residenza	2	130-131	Alfanumerico	2	N
17	2	AUSL di residenza	3	132-134	Alfanumerico	1	V
18	2	Cittadinanza	3	135-137	Alfanumerico	1	N
19	2	Livello di priorità della richiesta	1	138-138	Alfanumerico	3	N
20	2	Prescrizione Suggesta da Specialista	1	139-139	Alfanumerico	1	N
21	2	Determinante clinico	6	140-145	Alfanumerico (all.sx)	3	N
22	3	Data di richiesta della prestazione	8	146-153	Alfanumerico	1	N
23	3	Data di inizio ciclo	8	154-161	Alfanumerico	1	N
24	1	N° ricetta	16	162-177	Alfanumerico	1	V
25	1	Progressivo di prescrizione	2	178-179	Numerico (all.dx)	1	V
26	3	Data di effettuazione della prestazione	8	180-187	Alfanumerico	1	V
27	3	Codice prestazione	7	188-194	Alfanumerico (all.sx)	1	V
28	3	Numero di prestazioni per codice	2	195-196	Numerico (all.dx)	1	M
29	2	Esenzione	1	197-197	Alfanumerico	1	V
30	2	Patologia di esenzione	6	198-203	Alfanumerico (all.sx)	2	N
31	2	Tipologia di pagamento	1	204-204	Alfanumerico	1	N
32	2	Ticket	7	205-211	Numerico (all.dx)	1	M
33	1	Importo	7	212-218	Numerico (all.dx)	1	M
34	2	Posizione contabile	1	219-219	Alfanumerico	1	V
35	3	Branca specialistica	2	220-221	Alfanumerico	1	V
36	3	Codice di Ambulatorio	4	222-225	Alfanumerico	2	N
37	3	Data di refertazione	8	226-233	Alfanumerico	3	N
38	3	Referto	6	234-239	Alfanumerico (all.sx)	3	N

LEGENDA ALLA TABELLA DI RIEPILOGO SUL TRACCIATO RECORD DEGLI ARCHIVI DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- La colonna **pr (progressivo)** indica la successione dei campi nel tracciato record
- La colonna **pert (pertinenza)** indica a quale tipo di record (ricetta e/o prestazione) si riferiscono le differenti informazioni:
 - i campi contrassegnati dal codice 1 sono quelli di pertinenza tanto dei record “prestazione” che dei record “ricetta”;
 - i campi contrassegnati dal codice 2 sono quelli di pertinenza dei record “ricetta”;
 - i campi contrassegnati dal codice 3 sono quelli di pertinenza dei record “prestazione”
- La colonna **denominazione del campo** indica, per ciascun campo, la denominazione sintetica, la descrizione dettagliata del contenuto del campo e delle modalità di codifica è presentata nel paragrafo **Modalità di codifica**
- La colonna **caratteri** indica l’ampiezza di ciascun campo
- La colonna **colonne** indica il numero della colonna iniziale e finale di ciascun campo nel record
- La colonna **formato** indica le caratteristiche del contenuto di ciascun campo e il suo allineamento
- La colonna **priorità** indica l’ordine di importanza attribuito ai diversi campi ai fini dell’accettabilità del singolo record e dell’intero archivio: i campi contrassegnati dal codice 1 sono considerati obbligatori, i campi contrassegnati dal codice 2 sono considerati obbligatori differiti, i campi contrassegnati dal codice 3 sono considerati obbligatori differiti per il monitoraggio di specifiche prestazioni definite a livello regionale.
- La colonna **flag** indica se il campo è nuovo (N), modificato (M) o vecchio (V) rispetto al tracciato record 2001

NB: Nel caso in cui l’informazione sia mancante (o non debba essere inserita) lasciare il campo blank

2. MODALITA' DI CODIFICA

Per ciascuno dei campi previsti dal tracciato si descrivono criteri e modalità di codifica. In grigio sono evidenziati i nuovi campi.

1. Identificativo di Record

Numero progressivo che identifica univocamente ciascun record. Tale campo è necessario per riunire il file Anagrafico a quello di Prestazioni, separati per il trasferimento dei dati in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

L'informazione deve essere inserita sia nei record "ricetta" sia nei record "prestazione" (prior.1)

2. Ausl

Deve essere indicato il codice regionale dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale è ubicato il presidio principale di erogazione (codici ammessi da 101 =RMA a 112 = Frosinone); per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e i Policlinici Universitari, dovrà essere inserito il codice Azienda (da 901 = San Camillo – Forlanini a 920 = Tor Vergata) e non il codice dell'ASL di ubicazione della struttura stessa.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

3. Presidio principale

Deve esser indicato il codice identificativo del soggetto erogatore che gestisce il primo contatto con il paziente. Il presidio di primo contatto è titolare della remunerazione per le prestazioni prescritte nella ricetta accettata e deve essere accreditato per la branca e per le prestazioni indicate.

L'errata compilazione del campo non da origine a scarto del record ma a segnalazione di dato errato.

Il codice dei presidi dovrà essere modificato inserendo un codice progressivo univoco per Azienda.

N.B.: per gli **Istituti di Cura, i primi tre caratteri** dovranno essere codificati secondo indicazioni stabilite a livello regionale mentre gli ultimi tre caratteri **dovranno mantenere** il codice SIO.

Per i presidi di ASL a gestione diretta e i presidi privati, il codice da inserire sarà quello definito dalla classificazione regionale. I Poli Ospedalieri dovranno mantenere il codice che distingue le strutture ambulatoriali afferenti al polo stesso.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

4. Codice di Polo

Deve esser indicato il codice del Polo Ospedaliero cui afferisce il presidio ospedaliero. Questo campo dovrà essere compilato sulla base di successive indicazioni.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

5. Presidio secondario

Nel caso che alcune prestazioni, in particolare le prestazioni ad elevata tecnologia (D.M. 7/11/91 e circolare Ministero Sanità del 7/8/92), non siano eseguite direttamente dal presidio principale, deve essere indicato il codice identificativo del soggetto erogatore che materialmente esegue dette prestazioni. Per le prestazioni eseguite presso il presidio principale il campo non deve essere compilato.

Ad esempio, in caso di più accertamenti di laboratorio, richiesti con la stessa prescrizione, dei quali solo alcuni effettuati dal presidio principale, il record "ricetta" riporterà l'indicazione del presidio principale nel campo corrispondente e nessuna informazione nel campo "presidio secondario"; i

record "prestazione" relativi agli accertamenti effettuati presso il presidio principale non hanno informazione sul campo "presidio secondario"; per gli accertamenti effettuati presso il presidio secondario si indicherà invece, nel campo "presidio principale", il codice del presidio di primo contatto e nel campo "presidio secondario" il codice del presidio di effettuazione della prestazione.

Le ricette sono comunque conservate presso il presidio principale.

Per i presidi secondari valgono le stesse regole di codifica del campo "presidio principale". Il campo "presidio secondario" dovrà essere rilevato al momento dell'attivazione della nuova codifica dei soggetti erogatori a livello regionale.

L'informazione dovrà essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.2)

6. Tipologia di soggetto erogatore principale

Indicare la tipologia del soggetto erogatore utilizzando la seguente codifica:

- 1 = pubblico
- 2 = privato accreditato
- 3 = classificato
- 4 = IRCCS pubblico
- 5 = Policlinico Universitario pubblico
- 6 = Azienda Ospedaliera
- 7 = IRCCS privato
- 8 = Policlinico Universitario privato
- 9 = IRCCS Bambino Gesù

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

7. Tipologia di soggetto prescrittore

La codifica della tipologia del medico prescrittore, informazione già prevista nel tracciato 2001, è modificata nel modo seguente:

- 1 = medico di medicina generale/ pediatra di base/ guardia medica/guardia turistica
- 2 = medico specialista dipendente di struttura pubblica
- 3 = medico specialista SUMAI
- 4 = Accesso Diretto (quando non occorre l'apposita prescrizione su ricettario regionale, redatta dal medico curante, limitatamente a visita pediatrica, visita di ostetricia/ginecologia, visita oculistica per esame del visus, visita odontoiatrica e visita psichiatrica)
- 5 = Altro (Medico INPS, INAIL, Polizia...)

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

8. Codice di soggetto prescrittore

Il codice del soggetto prescrittore corrisponde

- nel caso dei medici di medicina generale, dei pediatri di base e della guardia medica o turistica, al codice regionale, riportando solo la parte numerica a 6 cifre allineata a destra e preceduta da zeri, (es. B123456/RM A = 0000000000123456);
- nel caso di specialista dipendente da struttura pubblica o medici SUMAI, al codice composto dal codice dell'azienda ospedaliera o sanitaria locale, dal codice della struttura erogatrice, dal codice della branca di appartenenza della specialità del professionista, da un progressivo univoco per struttura allineato a destra e preceduto da zeri (es.: 1012560303800001);
- nel caso di accesso diretto, al codice (come definito al punto precedente) del medico che prende in carico il paziente nella struttura;
- nel caso di medici che non hanno il codice regionale (altri specialisti...), dal codice fiscale.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

9. Codice fiscale dell'assistito

Unica codifica ammessa per l'identificazione dell'assistito.

Il programma di accettazione provvederà ad eseguire un controllo di esatta compilazione del campo e un successivo controllo di congruità con cognome, nome, sesso, data e comune di nascita.

Per gli **Stranieri Temporaneamente Presenti**, il Codice Fiscale deve essere composto come descritto nella circolare ministeriale n. 5 del 24 marzo 2000: '**STP**' seguito dal **Codice ISTAT della Regione**, dal **Codice ISTAT della Struttura Sanitaria, ASL/AO**, di prima accoglienza e i restanti sette caratteri con un **numero progressivo** assegnato da ogni Azienda (es: STP1201080001456). Per i pazienti dei **Centri di Riferimento Aids**, il codice fiscale deve essere composto dalle lettere '**CRA**' seguite dal **codice del tesserino** in uso, quale identificativo dell'utente in carico, allineato a destra e preceduto da '0' sino al completamento dei 16 caratteri del campo Codice Fiscale (es: CRA0000000001746).

I dati concernenti STP o CRA devono essere consegnati esclusivamente nel 5° trimestre; in tutti gli altri trimestri sarà scartata l'intera ricetta.

Viceversa, nel 5° trimestre, non saranno accettate ricette contenenti codici fiscali diversi da STP o CRA.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

10. Cognome dell'assistito

Se composto da più parti, queste dovranno essere inserite per esteso separate da blank (ad esempio DE ROSSI). Sono consentiti solo caratteri come lettere, apostrofo e blank. Non potranno essere accettati cognomi composti da un unico carattere e abbreviati con punteggiatura.

E' ammessa la dicitura "ANONIMO" per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

11. Nome dell'assistito

Se composto da più parti queste dovranno essere inserite per esteso separate da blank (ad esempio MARIA LUISA), sono consentiti solo caratteri come lettere, apostrofo e blank. Non potranno essere accettati nomi composti da un unico carattere e abbreviati con punteggiatura.

E' ammessa la dicitura "ANONIMO" per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

12. Sesso

1 = maschio

2 = femmina

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

13. Comune di nascita

Per Comune italiano di nascita dell'assistito, inserire il codice definito dall'ISTAT, in cui i primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi tre un progressivo che specifica il singolo comune.

In caso di nati all'estero inserire il codice ISTAT del Paese estero seguito da 999 (es: Francia = 215999).

Poiché potranno essere inseriti codici che individuano comuni non più esistenti, dovrà essere utilizzata una tabella di codifica che comprenda i codici storici dei comuni ISTAT.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

14. Data di nascita dell'assistito

La data di nascita, costituita da 8 caratteri, va compilata secondo la modalità GGMMAAAA cioè:

- i primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08);
- i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
- gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (es.: '99 = 1999 – '00 = 2000 oppure '00 = 1900).

Non saranno accettate date con anni di nascita antecedenti il 1880.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

15. Comune di residenza

Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale l'assistito risulta legalmente residente.

Per i Comuni italiani inserire il codice, a sei caratteri, definito dall'ISTAT.

In caso di residenti all'estero inserire il codice ISTAT del Paese estero + 999 (es.: Francia = 215999)

Per i cittadini stranieri "temporaneamente presenti" (STP) inserire il codice ISTAT '999999'. Saranno considerati validi i soli codici di comuni esistenti nell'anno di riferimento.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

16. Municipalità di residenza (circoscrizione)

L'informazione deve essere riportata soltanto per i residenti nel comune di Roma, inserendo il codice del municipio di residenza escludendo RM iniziale (da 01 a 13 e da 15 a 20, il municipio 14 - comune di Fiumicino - è stato soppresso).

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.2)

17. Asl di residenza

Deve essere indicata l'Azienda Unità Sanitaria Locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito.

Il codice da utilizzare, per le ASL del Lazio, è a tre caratteri (da 101 = RMA a 112 = Frosinone).

Il campo va compilato anche per assistiti residenti in altre regioni, poiché risulta necessario nei flussi di mobilità interregionale.

Per i residenti all'estero e per i cittadini stranieri "temporaneamente presenti" (STP) va indicato 900 oppure la Asl dove risiedono temporaneamente.

Sarà eseguito un controllo di congruità con il comune o la municipalità di residenza.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

18. Cittadinanza

Inserire il codice ISTAT dei Paesi esteri per indicare la cittadinanza del paziente; nel caso di cittadini italiani inserire 100.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

19. Livello di priorità della richiesta

Descrive il livello di priorità della richiesta di prestazione desumibile dalle condizioni cliniche del paziente, utilizzando la codifica dell'accordo Stato – Regione del 14 febbraio 2002 e successive modificazioni, sui tempi di attesa:

1 = Priorità A: Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.

2 = Priorità B: Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.

3 = Priorità C: Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

L'informazione è a cura del soggetto prescrittore, limitatamente a specifiche prestazioni critiche definite a livello regionale.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.3)

20. Prescrizione Suggerita

1 = In caso di prescrizione NON suggerita (in assenza della lettera "S" barrata nella ricetta)

2 = In caso di prescrizione suggerita (in presenza della lettera "S" barrata nella ricetta).

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

21. Determinante clinico (segni, sintomi,...)

Descrive il problema di salute che motiva l'effettuazione di prestazioni secondo la classificazione internazionale delle malattie (ICDIXCM) con codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione).

Si suppone che l'insieme delle prescrizioni inserite nella stessa ricetta facciano capo ad un unico quadro clinico.

L'informazione è a cura del soggetto prescrittore, limitatamente a specifiche prestazioni critiche definite a livello regionale.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.3)

22. Data di richiesta della prestazione

Indicare la data nella quale la struttura ha ricevuto la richiesta di effettuazione della prestazione (la data in cui è avvenuta la prenotazione), secondo il formato GMMMAAAA:

- i primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08);
- i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
- gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (es.: '99 = 1999 – '00 = 2000 oppure '00 = 1900).

Nel caso in cui non vi sia stata prenotazione, ma la prestazione sia stata erogata direttamente, all'accesso, riportare la data di effettuazione.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.1)

23. Data di inizio ciclo

Indicare la data nella quale hanno inizio i cicli per le prestazioni recanti la dicitura 'ciclo/sedute', secondo il formato GMMMAAAA:

- i primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08);

- i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
- gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (es.: '99 = 1999 – '00 = 2000 oppure '00 = 1900).

Compilare anche nel caso di singola prestazione con la data di effettuazione.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.1)

24. Numero ricetta

Il numero identificativo della ricetta rappresenta uno dei campi di collegamento interni all'archivio, quindi, deve essere unico all'interno dell'anno in corso.

- Per le ricette prescritte su ricettario regionale, il numero identificativo della ricetta consiste nella sola parte numerica del codice a barre situato in alto a destra della ricetta: ad esempio, se il codice è il seguente: S 1209995 Y 785601239, vanno riportati solo i numeri '1209995785601239' per un totale di 7+9=16 caratteri.

Per le altre tipologie di ricetta, comprese quelle relative a prestazione ad accesso diretto, inserire un codice (anch'esso unico durante l'anno) formato da:

"12 + codice soggetto erogatore + codice branca + progressivo" per un totale di 2+6+2+6=16 caratteri. Il codice di branca deve essere unico per l'intera ricetta. Sarà controllata l'esatta compilazione secondo la regola di cui sopra.

- Per ricette prescritte da medici di medicina generale/ pediatri di base/ guardia medica/ guardia turistica della regione Lazio, sarà controllato che il numero di ricetta sia costituito dalla sola parte numerica del codice a barre, che cominci con 120999 e che sia seguito da 10 numeri che non siano tutti zero.

Per ricette prescritte in altre regioni, sarà controllato che il campo sia compilato da 16 numeri, non tutti uguali a zero.

A fine anno sarà controllata l'unicità della ricetta all'interno dell'archivio di tutta la regione. Ad ogni accettazione, sarà controllata l'unicità della ricetta all'interno dell'archivio dei trimestri precedenti.

L'informazione deve essere inserita sia nei record "ricetta" sia nei record "prestazione". (prior.1)

25. Progressivo di prescrizione (progressivo di riga)

Inserire per ogni riga 'prestazione' un progressivo (partendo da 01), e per la riga 'ricetta' inserire '99'.

Ad esempio una ricetta che contenga la richiesta di cinque prestazioni, genera 6 record e cioè 5 record prestazione con progressivo prescrizione da 01 a 05 e un record ricetta con progressivo prescrizione = 99.

Il numero massimo di prestazioni prescrivibili per ricetta è 8 + 5 prelievi identificati dai seguenti codici: 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, 91.49.5; solo in presenza di tali codici sarà ammessa una ricetta con più di 8 prestazioni fino ad un massimo di 13.

Affinché sia ammessa una ricetta con più di 8 prestazioni, i codici prelievo devono obbligatoriamente essere inseriti in coda alle altre prestazioni.

Nel caso di una ricetta con 10 prestazioni, di cui 5 prelievi, questi dovranno essere inseriti dalla posizione 6 alla posizione 10.

L'informazione deve essere inserita sia nei record "ricetta" sia nei record "prestazione". (prior.1)

26. Data di effettuazione

Indicare la data nella quale la struttura ha effettuato la prestazione o completato il ciclo delle prestazioni prescritte, secondo il formato GMMMAAAA:

- i primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08);
- i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
- gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (es.: '99 = 1999 – '00 = 2000 oppure '00 = 1900).

La data di fine ciclo va indicata solo per le prestazioni recanti la dicitura 'ciclo/sedute'.

Verrà considerata data di effettuazione della ricetta la data più recente fra quelle indicate per ciascuna prestazione, quindi, la ricetta sarà valida se tale data è riferita:

- a) all'anno in corso e al trimestre di accettazione;
- b) al trimestre precedente dello stesso anno codificando il campo "Posizione Contabile" a "2";
- c) all'ultimo trimestre dell'anno precedente, per le prestazioni recanti la dicitura 'ciclo/seduta' e unicamente per i dati consegnati nel primo trimestre dell'anno in corso, codificando il campo "Posizione Contabile" a "5";
- d) all'ultimo trimestre dell'anno precedente, per le prestazioni erogate in tale trimestre e la cui refertazione è resa disponibile nel 1° mese dell'anno in corso, codificando il campo "Posizione Contabile" a "5";
- e) a tutto l'anno in corso, esclusivamente per le ricette erogate a "CRA" ed "STP" per le quali è stata fissata la consegna nel 5° trimestre.

Con esclusione delle prestazioni di cui ai punti c) ed e), la trasmissione dei dati dell'anno di riferimento si intende conclusa con il 4° trimestre.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.1)

27. Codice di prestazione

Descrivere la prestazione effettuata utilizzando il Nomenclatore regionale in uso. Utilizzare i punti di separazione previsti dal codice.

Sarà eseguito un controllo sia sulla branca sia sulle prestazioni accreditate per struttura.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.1)

28. Numero di prestazioni per codice

Indica le ripetizioni eventualmente effettuate della stessa prestazione. Se la prestazione è singola inserire il valore 1, nel caso di 'cicli' possono essere effettuate più prestazioni per codice.

Per la terapia fisica e riabilitativa ogni ricetta può contenere un massimo di 3 cicli di prestazioni.

Per ciascun ciclo di prestazione, il numero massimo di sedute è di 10.

Nel caso di patologie indicate nel DM 20 ottobre 1998, il numero massimo è fissato a 6 cicli di prestazioni per 10 sedute. Le prestazioni effettuate su segmenti del corpo diversi ma con stesso codice, devono in ogni modo essere inseriti separatamente e non cumulati.

Esempio:

Codice prestazione	Quantità
93.39.5	5
93.39.5	5
93.39.5	5
93.39.1	10

e non:

Codice prestazione	Quantità
93.39.5	10
93.39.5	5
93.39.1	10

quindi in caso di cicli si possono inserire al massimo 30 prestazioni per ricetta; in caso di cicli indicate nel DM 20 ottobre 1998 al massimo 60 prestazioni per ricetta.

Per le visite specialistiche è ammessa la ripetizione della prestazione in caso di follow-up.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.1)

29. Esenzione

Individua il tipo di esenzione secondo la seguente codifica:

1 = esente totale (invalidi di guerra, invalidi civili superiori a 2/3...)

2 = non esente

3 = esente per età e reddito (età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni con reddito non superiore a 36.151,98 Euro [Lit. 70.000.000])

4 = esente per patologia (malattie croniche, invalidanti o rare)

5 = esente per prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori (comma 4 art.85 L. 388/2000)

6 = esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico*, titolari di pensioni al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico*, donne in stato di gravidanza, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, soggetti affetti da HIV, donatori, detenuti,...)

*Se appartenenti ad un nucleo familiare con reddito lordo inferiore a 8.263,31 Euro [Lit. 16.000.000]. Se presente il coniuge, il limite massimo sarà 11.362,05 Euro [Lit. 22.000.000] e questo limite aumenta di 516,46 Euro [Lit. 1.000.000] per ogni figlio a carico.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

30. Patologia di esenzione

Nel caso di esenzione per patologia indicare le prime sei cifre del codice di esenzione ministeriale (escluso il punto) composto da un numero progressivo e dalle prime tre cifre del codice CDIXCM relativo alla patologia stessa (es: Epatite Cronica = 016571).

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.2)

31. Tipologia di Pagamento

Indica la partecipazione alla spesa

1 = esente

2 = ticket

3 = franchigia

4 = libera professione "intramoenia"

5 = pagante in proprio

6 = terzo pagante diverso da SSR (Assicurazioni private, Ministero Interni, Ministero Salute, Datore di lavoro, cassa Marittima ecc...)

Ciascuna ricetta deve comprendere lo stesso regime di esenzione (o di non esenzione).

Si prevede che l'insieme delle prescrizioni inserite nella stessa ricetta facciano capo ad un unico quadro clinico e che quindi la partecipazione alla spesa riguardi tutte le prescrizioni contenute in una ricetta. In situazioni diverse sarà necessario compilare ricette distinte, ciascuna soggetta a diverso regime di partecipazione alla spesa.

Sarà effettuato il controllo di congruità del dato con l'importo del ticket e del totale della riga di ricetta.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

32. Ticket

Indicare la spesa sostenuta dal paziente direttamente o attraverso terzo pagante diverso dal SSR. Il totale della spesa sostenuta complessivamente dal paziente rappresenta una informazione indispensabile.

Deve essere compilata come segue:

la cifra allineata a destra preceduta da zero;

la parte intera e quella decimale separate da una virgola;

la parte decimale dovrà avere sempre due caratteri anche nei casi di cifra intera (es.: 102,00).

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

33. Importo

Per i record "prestazione" inserire la valorizzazione della singola prestazione, prevista dal nomenclatore regionale, moltiplicata per il numero di prestazioni effettuate per singolo codice.

Per i record "ricetta" inserire la differenza tra la valorizzazione nominale della ricetta e la partecipazione dei cittadini alla spesa della ricetta (ticket).

Deve essere compilata come segue:

la cifra allineata a destra preceduta da zero;

la parte intera e quella decimale separate da una virgola;

la parte decimale dovrà avere sempre due caratteri anche nei casi di cifra intera (es.: 102,00).

L'informazione deve essere inserita sia nei record "ricetta" sia nei record "prestazione". (prior.1)

34. Posizione contabile

Indica la posizione delle prestazioni nei confronti di eventuali contestazioni. Deve essere così valorizzata:

1 = prestazioni appartenenti al trimestre di competenza

2 = prestazioni recuperate dal trimestre precedente

3 = prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri o per errori propri rilevati dopo l'invio (quindi il relativo importo si somma alle competenze del trimestre)

4 = prestazioni stornate per contestazioni riconosciute o per errori propri rilevati dopo l'invio (quindi il relativo importo si sottrae alle competenze del trimestre)

5= prestazioni prescritte nell'ultimo trimestre dell'anno precedente, unicamente per i dati consegnati nel primo trimestre dell'anno in corso, relative a codici di prestazioni recanti la dicitura 'ciclo/sedute'

L'informazione deve essere inserita solo nei record "ricetta". (prior.1)

35. Branca specialistica

Branca di erogazione della prestazione. Utilizzare i codici delle branche nel nomenclatore in uso.

Ciascuna ricetta deve comprendere prestazioni della stessa branca specialistica.

In caso di prestazioni multibranca bisogna inserire la branca in comune a tutte le altre prestazioni contenute nella ricetta.

Prestazione	Branca	Branca
50.91	09	69
87.63	69	
87.61	69	
Totale	69	

Prestazione	Corretto	Errato
50.91	69	09
87.63	69	69
87.61	69	69
Totale	69	69

- Nel caso in cui la ricetta contenga esclusivamente prestazioni multibranca e non sia indicata la branca, il programma di controllo automatico dei dati scarnerà l'intera ricetta.
- Nel caso in cui in una ricetta siano presenti prestazioni di RMN e di RADIOLOGIA DIAGNOSTICA, si dovrà utilizzare il codice di branca '69' per tutte le prestazioni della ricetta. In questo caso, sarà verificato l'accreditamento della struttura alla erogazione di prestazioni di RISONANZA MAGNETICA.

L'informazione deve essere inserita sia nei record "ricetta" sia nei record "prestazione". (prior.1)

36. Codice di Ambulatorio

Indicare il codice di branca seguito dal numero progressivo che indica la sede ambulatoriale che effettua la prestazione, nel caso di più unità operative erogatrici afferenti ad una stessa struttura. Questo campo dovrà essere compilato sulla base di successive indicazioni.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.2)

37. Data di refertazione

Indicare la data nella quale la struttura mette a disposizione il referto secondo il formato GGMMAAAA:

- i primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08);
- i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
- gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (es.: '99 = 1999 – '00 = 2000 oppure '00 = 1900).

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.3)

38. Referto

Inserire la diagnosi refertata dal medico utilizzando la codifica ICDIXCM a 6 cifre (compreso il punto di separazione), limitatamente a visite e a specifiche prestazioni individuate a livello regionale.

L'informazione deve essere inserita solo nei record "prestazione". (prior.3)

Il nuovo tracciato non prevede più i seguenti campi:

- Regione di residenza (deducibile dal comune di residenza)
- Tipo nomenclatore (deducibile dal codice prestazione)

Campi deducibili da quelli rilevati

- Regione di residenza → deducibile dal comune di residenza
- Provincia di residenza → deducibile dal comune di residenza
- Provincia di nascita → deducibile dal comune di nascita
- Età dell'assistito → deducibile dalla differenza tra la data di effettuazione della prestazione e la data di nascita

Tabelle di Riferimento

- tabella delle patologie di esenzione
- tabella di ricodifica dei codici dei presidi
- tabella con i codici dei soggetti prescrittori del Lazio
- tabella dei comuni e degli stati esteri con tutti i riferimenti alle regioni, alle province e alle
ASL
- tabella delle diagnosi ICDIXCM
- tabella delle branche specialistiche
- tabella delle prestazioni con l'importo in EURO
- tabelle dei tipi di esenzione
- tabella annuale del campo "numero di ricetta" delle ricette consegnate

3.CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI DATI

3a. Dati mancanti

Le informazioni richieste possono essere distinte per area informativa e per livello di priorità.

Le informazioni indispensabili sono quelle che devono essere obbligatoriamente presenti nel record e l'assenza delle quali comporta il rifiuto del record (priorità 1).

In alcuni casi l'obbligatorietà è condizionale (priorità 2), in particolare:

- l'informazione che si riferisce al presidio secondario deve essere sempre riportata qualora la prestazione sia data in 'service' a un presidio diverso da quello principale; negli altri casi non deve essere inserita.
- l'informazione relativa al codice del soggetto prescrittore deve essere sempre riportata qualora il prescrittore sia un medico di medicina generale/pediatra di base/guardia medica/guardia turistica.
- l'informazione relativa alla municipalità (circoscrizione) di residenza deve essere sempre riportata per i residenti all'interno del comune di Roma, negli altri casi non deve essere inserita.
- l'informazione che si riferisce al codice di patologia di esenzione, deve essere sempre riportata qualora la prestazione sia erogata in regime di esenzione per patologia; negli altri casi non deve essere inserita.
- Alcune informazioni devono essere riportate obbligatoriamente solo nei record "ricetta", altre solo nei record "prestazione", mentre altre ancora sono considerate indispensabili in ambedue i tipi di record.

La mancanza delle informazioni con livello di priorità 1 comporta il rifiuto del record.

Il rifiuto di un record "ricetta" comporta anche il rifiuto di tutti i relativi record "prestazione" (anche se compilati correttamente).

La mancanza di informazioni in oltre il 40% dei record comporta il rifiuto dell'intero archivio.

3b. Valore errato perché non compreso nell'intervallo accettabile di variazione

Per ciascun campo l'intervallo possibile di variazione è definito nella sezione sulle modalità di codifica o fa riferimento a supporti di codifica esterna, in particolare:

- Per le ASL e i soggetti ospedalieri aziendalizzati: codici regionali
- Per le strutture: i codici attribuiti dalle ASL di ubicazione o dalla regione ed elencati nell'anagrafe dei soggetti erogatori
- Per il soggetto prescrittore mmg/pls/guardia medica/guardia turistica, i codici regionali
- Per il luogo di nascita: i codici dei comuni e degli stati esteri (ISTAT)
- Per il luogo di residenza: i codici dei comuni e degli stati esteri (ISTAT)
- Per la ASL di residenza: i codici regionali
- Per le Municipalità di residenza: le municipalità del Comune di Roma (01-20 escluso 14)
- Per le patologie croniche: la classificazione ICDIXCM
- Per i codici prestazione: il nomenclatore regionale in vigore
- Per la branca specialistica: i codici di branca riconosciuti dalla normativa regionale

La presenza di un valore diverso da quelli previsti equivale a mancanza di informazione e comporta criteri di trattamento di record e archivi come indicato nella sezione 3a. dati mancanti.

3c. Congruità tra campi

Saranno controllati i seguenti incroci tra campi appartenenti allo stesso record :

- Cognome, nome, data di nascita, sesso, comune di nascita per codice fiscale (escluso STP/CRA)

- tipologia soggetto prescrittore = 1 per codice prescrittore mmg/pediatra di base/guardia medica/guardia turistica
- tipologia soggetto prescrittore = 5 controllo formale del codice fiscale
- tipologia soggetto prescrittore <> 1;5 per codice ASL, codice ambulatorio erogatore, codice branca, progressivo di 5 caratteri
- numero ricetta con tipologia soggetto prescrittore
- luogo di residenza per municipalità di residenza (solo per la città di Roma)
- luogo di residenza per ASL residenza (solo per la Regione Lazio)
- ticket = 0 e importo > 0, sulla riga '99', se tipologia di pagamento = 1
- ticket = 36,15 e importo >= 0, sulla riga '99', se tipologia di pagamento = 2
- ticket = 107,00 e importo > 0, sulla riga '99', se tipologia di pagamento = 2 e codice prestazione = '14.36'
- ticket > 0 e ≤ 36,15 e importo = 0, sulla riga '99', se tipologia di pagamento = 3
- Codice di prestazione per progressivo di riga
- Esenzione = 3 con l'età del paziente alla data della richiesta della prestazione
- Esenzione = 4 con patologia di esenzione
- data di richiesta <= data di inizio ciclo<=data di effettuazione<= data di refertazione
- data di effettuazione, riga '99', per posizione contabile
- posizione contabile = 5 per codice prestazione (recante dicitura 'ciclo/seduta')
- posizione contabile = 5 per data effettuazione
- posizione contabile = 6 per data refertazione
- data di refertazione se presente referto

La presenza di una qualsiasi di queste incongruità comporta lo scarto del record.

3d. congruità tra record dello stesso archivio di presidio

Sarà controllato che:

- per ogni numero ricetta esista un solo record di ricetta ed almeno 1 record di prestazione
- ad ogni accettazione, sussista l'unicità della ricetta all'interno dell'archivio dei trimestri precedenti della Struttura Erogatrice

3e. congruità tra informazioni del record e informazioni esterne

- controllo della branca specialistica presente nella ricetta con le branche per le quali il soggetto erogatore è accreditato. La presenza di record per branche non accreditate nella struttura comporta lo scarto della ricetta.

3f. congruità tra record nell'archivio regionale

- sarà controllata l'unicità della ricetta nell'archivio regionale su base annuale

4. MODALITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI

4a. Al fine di preservare il diritto alla riservatezza delle informazioni individuali, i dati identificativi univoci dell'utente (consistenti in nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, sesso, comune di residenza, municipalità di residenza, AUSL di residenza e cittadinanza) dovranno essere riportati su un archivio separato che sarà utilizzato solo per l'effettuazione dei controlli di qualità e di corrispondenza con il contenuto delle ricette e delle prestazioni effettivamente erogate; si intende che le informazioni contenute nel suddetto archivio sono sottoposte al segreto d'ufficio e a tutti i vincoli di legge, secondo quanto previsto dalla legge n. 675/96;

I dati devono essere consegnati, da parte dei soggetti erogatori, disgiunti dai dati sanitari; i due file denominati: file anagrafico e file sanitario, hanno in comune il codice identificativo di record univoco, progressivo.

4b. I set di record consegnati agli uffici SIAS competenti sono individuati dal nome del file specificato con:

- codice della ASL;
- codice della struttura;
- trimestre di riferimento;
- anno di riferimento;
- tipo di file A (Anagrafico) o S (Sanitario).

Esempio:

File Anagrafico = 102646502103A;

File Sanitario = 102646502103S,

4c. I record sono consegnati agli uffici SIAS competenti, per Asl di ubicazione della struttura erogatrice, trimestralmente, entro il 21.mo giorno del mese successivo a quello di rilevazione.

I° Trimestre	1- 21 Aprile
II° Trimestre	1- 21 Luglio
III° Trimestre	1- 21 Ottobre
IV° Trimestre	1-21 Gennaio anno successivo
V° Trimestre	1-21 Gennaio anno successivo

Analogamente i dati sono consegnati agli uffici Asp da parte delle strutture aziendalizzate. Le date saranno modificate nel caso coincidano con festività.

4d. I file anagrafici e sanitari accettati e l'archivio di mobilità interregionale sono consegnati da parte dei responsabili SIAS delle ASL all'ASP entro il 20.mo giorno dal termine delle accettazioni.

I° Trimestre	22 Aprile - 11 Maggio
II° Trimestre	22 Luglio - 10 Agosto
III° Trimestre	22 Ottobre - 10 Novembre
IV° Trimestre	22 Gennaio - 10 Febbraio anno successivo
V° Trimestre	22 Gennaio - 10 Febbraio anno successivo

Le date saranno modificate nel caso coincidano con festività.

4e. Ciascuna Asl trasmette, entro il 30.mo giorno del mese successivo a quello di accettazione, i file anagrafici e sanitari contenenti i dati relativi a prestazioni erogate a residenti in altre Asl della regione (mobilità intraregionale).

4f. In rispetto alla Legge 675/96 per il trattamento dei dati personali sensibili, l'invio dei dati sarà effettuato esclusivamente utilizzando il programma di protezione dei dati PGP, con una chiave personalizzata depositata presso l'ASP.

TRACCIATO RECORD FILE DATI ANAGRAFICI

pr	pert	denominazione del campo	caratteri	colonne	formato	prior	flag
1	1	Identificativo di Record	7	1-7	Numerico (all.dx)	1	N
2	2	Codice fiscale assistito	16	8-23	Alfanumerico	1	V
3	2	Cognome assistito	30	24-53	Alfanumerico (all.sx)	1	V
4	2	Nome assistito	20	54-73	Alfanumerico (all.sx)	1	V
5	2	Sesso	1	74-74	Alfanumerico	1	V
6	2	Comune di nascita	6	75-80	Alfanumerico	1	N
7	2	Data di nascita	8	81-88	Alfanumerico	1	V
8	2	Comune di residenza	6	89-94	Alfanumerico	1	V
9	2	Municipalità di residenza	2	95-96	Alfanumerico	2	N
10	2	AUSL di residenza	3	97-99	Alfanumerico	1	V
11	2	Cittadinanza	3	100-102	Alfanumerico	1	N

TRACCIATO RECORD FILE PRESTAZIONI

pr	pert	Denominazione del campo	caratteri	colonne	formato	prior	flag
1	1	Identificativo di Record	7	01-07	Numerico (all.dx)	1	N
2	2	AUSL	3	08-10	Alfanumerico	1	V
3	2	Presidio principale	6	11-16	Alfanumerico	1	M
4	2	Codice Polo	2	17-18	Alfanumerico	2	N
5	3	Presidio secondario	6	19-24	Alfanumerico	2	N
6	2	Tipologia soggetto erogatore principale	1	25-25	Alfanumerico	1	N
7	2	Tipo soggetto prescrittore	1	26-26	Alfanumerico	1	M
8	2	Codice soggetto prescrittore	16	27-42	Alfanumerico (all.dx)	1	V
9	2	Livello di priorità della richiesta	1	43-43	Alfanumerico	3	N
10	2	Prescrizione Suggesta da Specialista	1	44-44	Alfanumerico	1	N
11	2	Determinante clinico	6	45-50	Alfanumerico (all.sx)	3	N
12	3	Data di richiesta della prestazione	8	51-58	Alfanumerico	1	N
13	3	Data di inizio ciclo	8	59-66	Alfanumerico	1	N
14	1	N° ricetta	16	67-82	Alfanumerico	1	V
15	1	Progressivo prescrizione	2	83-84	Numerico (all.dx)	1	V
16	3	Data effettuazione	8	85-92	Alfanumerico	1	V
17	3	Codice prestazione	7	93-99	Alfanumerico (all.sx)	1	V
18	3	Numero di prestazioni per codice	2	100-101	Numerico (all.dx)	1	M
19	2	Esenzione	1	102-102	Alfanumerico	1	V
20	2	Patologia di esenzione	6	103-108	Alfanumerico (all.sx)	2	N
21	2	Tipologia di pagamento	1	109-109	Alfanumerico	1	N
22	2	Ticket	7	110-116	Numerico (all.dx)	1	M
23	1	Importo	7	117-123	Numerico (all.dx)	1	M
24	2	Posizione contabile	1	124-124	Alfanumerico	1	V
25	3	Branca specialistica	2	125-126	Alfanumerico	1	V
26	3	Codice di Ambulatorio	4	127-130	Alfanumerico	2	N
27	3	Data di refertazione	8	131-138	Alfanumerico	3	N
28	3	Referto	6	139-144	Alfanumerico (all.sx)	3	N