



Linee guida per la rilevazione delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ad utenti in regime di ricovero e di pre- e/o post-ricovero (SPI)

Gennaio 2013

A cura dell'Osservatorio epidemiologico provinciale

Versione: gennaio 2013 (aggiornata il 30.04.2013)

(Delibera della G.P. n. 609 del 22/04/2013)

Linee guida per la rilevazione delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate per interni (SPI)

© Edito dalla:
Provincia Autonoma di Bolzano
Ripartizione Sanità
Osservatorio epidemiologico provinciale
Indirizzo Web: <http://www.provincia.bz.it/sanita>

Copie disponibili presso:
Ripartizione Sanità – Osservatorio epidemiologico provinciale
Via Canonico M. Gamper 1 – 39100 Bolzano
Tel. 0471-418020, fax 0471-418039
e-mail: eva.papa@provincia.bz.it; valeria.rossi@provincia.bz.it,

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DELLA PROCEDURA.....	5
2. UNITÁ DI RILEVAZIONE	5
3. LE STRUTTURE CHE DEVONO RILEVARE LE PRESTAZIONI	6
4. RISPETTO DELLA PRIVACY.....	6
5. TRASMISSIONE E CORREZIONE DEI DATI	7
6. CONSERVAZIONE DEI DATI	7
7. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI E COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)	8
8. COMPITI E RESPONSABILITÁ	9
9. ANONIMATO	9
DEFINIZIONE E CONTENUTO DI TUTTE LE VARIABILI E RELATIVA CODIFICA.....	11
Campi Chiave	11
1. COMPENSORIO SANITARIO INVIANTE (ASL_INV).....	11
3. ID-IMPEGNATIVA (ID_IMP).....	11
4. PROGRESSIVO RIGA PER PRESCRIZIONE/IMPEGNATIVA (PROG_IMP).....	11
Variabili anagrafiche	12
5. COGNOME (COG).....	12
6. NOME (NOME)	12
7. COGNOME ACQUISITO (NOMEA).....	12
8. SESSO (SESSO)	12
9. DATA DI NASCITA (DNASCITA).....	12
10. COMUNE DI NASCITA (COM_NASC)	12
11. STATO CIVILE (S_CIVILE).....	13
12. COMUNE DI RESIDENZA ANAGRAFICA (COM_RES)	13
13. CITTADINANZA (C_CITT)	13
14. CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (COD_SANI)	14
15. REGIONE DI RESIDENZA (REG_RES).....	14
16. COMPENSORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA (ASL_RES).....	14
17. REGIONE DI ASSISTENZA (REG_ASS)	14
18. COMPENSORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI ASSISTENZA (ASL_ASS)	15
19. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO_ID).....	15
20. CODICE IDENTIFICATO UTENTE (COD_ID).....	15
21. NUMERO IDENTIFICAZIONE DELLA TEAM (N_TEAM).....	16
22. CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (COD_IST).....	16
23. ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (DEN_IST)	16
24. STATO CHE RILASCI LA TESSERA (ST_ESTERO)	17
25. TIPO DI ASSISTENZA PREVISTA DALLA TEAM (TIPO_TEAM).....	17
26. DATA SCADENZA TESSERA (DATA_SCAD)	17
Variabili sanitarie	18

2. NUMERO DELLA PRESCRIZIONE/IMPEGNATIVA (NUM_IMP)	18
27. PRESENZA DELL'IMPEGNATIVA (PRES_IMP).....	18
28. IDENTIFICATIVO ACCESSO (ID_ACC).....	18
29. TIPO IMPEGNATIVA (TIPO_IMP)	18
30. DATA DELLA PRESCRIZIONE (DATA_IMP).....	18
31. PRESCRIZIONE SUGGERITA DA UNO SPECIALISTICA (IMP_SUGG).....	18
32. PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE (PRI_PRES)	18
33. MODALITÀ DI ACCESSO (MOD_ACC)	18
34. TIPOLOGIA DI STRUTTURA (TIP_STRU).....	19
35. (campo vuoto)	19
36. STRUTTURA EROGATRICE (CO_STS11).....	19
37. SPECIALTÀ DELL'AMBUALTORIO (SPEC)	19
38. DIAGNOSI/SOSPETTO DIAGNOSI (DIAG_SOS).....	19
39. DATA DELLA PRENOTAZIONE (D_PRENOT).....	19
40. CODIFICA NOMENCLATORE (COD_NOM).....	19
41. CODICE DELLA PRESTAZIONE (COD_PRES)	20
42. NUMERO DI PRESTAZIONI (NUM_PRES)	20
43. CICLO (CICLO)	20
44. DATA INIZIO CICLO (D_CICLO)	20
45. DATA DELLA PRESTAZIONE (DATA_ERO)	20
46. DIAGNOSI DI REFERTAZIONE (DIAG_REF).....	20
47. DATA DELLA REFERTAZIONE (DATA_REF)	20
48. BRANCA SPECIALISTICA (BRANCA)	21
49. REGIME DI EROGAZIONE (REG_EROG).....	21
50. POSIZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL TICKET (POS_TICK)	21
51. TIPOLOGIA ESENZIONE (TP_ESENZ)	21
52. ESENZIONE (CD_ESENZ)	21
53. IMPORTO TICKET IN EURO (IMP_TICK).....	21
54. IMPORTO TOTALE IN EURO (IMP_TARI)	21
55. NOSOGRAFICO – NUMERO SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (NOSOGRAF)	21
56. UNITÀ EROGATRICE (CDC).....	22
57. TIPO OPERAZIONE (TIPO_OPER)	22
58. CODICE RAGGRUPPAMENTO (COD_RAG)	22
59. CODICE FISCALE DISCORDANTE (CF_DISC)	22
60. INVIO DATI OLTRE I TERMINI PREVISTI (ALTRO).....	23
61. CENTRO DI COSTO AZIENDALE (CDC_AS).....	23

ALLEGATO A : Tracciato record per l'invio dei dati alla Società Informativa Alto Adige S.P.A. da parte dell'AS - Variabili anagrafiche	24
ALLEGATO B : Tracciato record per l'invio dei dati alla Società Informativa Alto Adige S.p.A. da parte dell'AS - Variabili sanitarie	25
ALLEGATO C : Tracciato dei controlli	26
ALLEGATO D : Codici delle branche specialistiche.....	32
ALLEGATO E : Codici delle specialità	33

INTRODUZIONE

Il presente documento contiene le linee guida per la rilevazione delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate a utenti ricoverati nonché a quelle eseguite a favore di utenti prima e dopo il ricovero.

Questo flusso va ad integrare il flusso già esistente di rilevazione delle prestazioni di specialistica per esterni (flusso SPA).

Si specifica che queste prestazioni sono escluse dall'invio dei dati al Ministero dell'Economia e Finanza ai sensi dell'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n.269 e successive modifiche nonché dalla compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

1. DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DELLA PROCEDURA

La procedura informativa "Assistenza specialistica" rileva tutte le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le visite e le altre prestazioni previste dal Nomenclatore nazionale (D.M. del 22 luglio 1996) con le integrazioni decise a livello provinciale.

Costituiscono pertanto oggetto della rilevazione tutte le prestazioni definite nel vigente nomenclatore tariffario provinciale di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 399 del 09.02.2004 "Aggiornamento della deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98: nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio" e successive modifiche ed integrazioni.

2. UNITÀ DI RILEVAZIONE

L'unità di rilevazione della procedura informativa è rappresentata da:

- ogni singola prestazione specialistica erogata dai reparti/ambulatori ospedalieri pubblici ai pazienti interni ovvero ricoverati
- ogni singola prestazione specialistica strettamente correlata ad un ricovero programmato erogata dai reparti ospedalieri pubblici e dagli ambulatori specialistici pubblici ospedalieri ed extraospedalieri pubblici a pazienti esterni prima del ricovero (pre-ricovero). Si considera una **prestazione pre-ricovero** se la prestazione sanitaria è strettamente correlate al ricovero ed i referti relativi alle prestazioni costituiscono parte integrante della cartella clinica. Non è appropriata la modalità organizzativa del pre-ricovero nei casi in cui il paziente deve essere valutato in merito alla sua eleggibilità all'intervento chirurgico e in tutti i casi in cui è necessario pervenire alla diagnosi di un caso clinico.
- la prestazione specialistica strettamente correlata ad un ricovero già effettuato erogata dai reparti ospedalieri pubblici e dagli ambulatori specialistici pubblici ospedalieri ed extraospedalieri

pubblici a pazienti esterni dopo il ricovero (post-ricovero). Si considera una **prestazione post-ricovero** quella eseguita a completamento del ricovero dopo la dimissione del paziente a condizione che le stesse siano strettamente correlate al DRG del ricovero. Le prestazioni post-ricovero devono essere richieste dal medico di reparto che ha in cura il paziente entro la data di dimissione ed i referti delle prestazioni devono essere comprese nella cartella clinica. Il tempo che intercorre tra la dimissione e l'esecuzione delle prestazioni non deve essere, di norma, superiore a 30 giorni.

- ogni singola prestazione specialistica erogata dai pronto soccorso provinciali se seguita da ricovero;
- ogni singola prestazione specialistica erogata dalle unita operative di Osservazione Breve Intensiva (OBI) se seguita da ricovero;
- ogni singola prestazione specialistica erogata in regime di convenzione dalle strutture private accreditate a tutti i pazienti interni, nonché in regime di pre- e post-ricovero.

3. LE STRUTTURE CHE DEVONO RILEVARE LE PRESTAZIONI

Con la procedura informativa vengono rilevate le prestazioni specialistiche erogate dalle seguenti tipologie di strutture operanti sul territorio della Provincia di Bolzano:

1. strutture pubbliche interne ad istituti di ricovero (reparti, poliambulatorio e ambulatori interni all'ospedale);
2. strutture pubbliche esterne ad istituti di ricovero (distretti, poliambulatorii esterni all'ospedale, come ad esempio il poliambulatorio in Via Amba Alagi a Bolzano, ecc.);
3. *strutture private (limitatamente alle prestazioni specialistiche erogate per i ricoveri effettuati in regime di convenzione). SOSPESO*

4. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 22, comma 6 e comma 7 del D.lgs del 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni.

Le strutture coinvolte nel flusso dei dati relativi alle prestazioni di specialistica individuano al loro interno i soggetti responsabili e incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 29 e 30 del citato decreto legislativo, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi dell'art. 34 del Codice e dell'allegato B "Disciplinare tecnico".

Il codice identificativo dell'assistito viene anonimizzato dalla Società Informatica Alto Adige S.p.A. mediante procedura standard di anonimizzazione.

5. TRASMISSIONE E CORREZIONE DEI DATI

Tutti i dati relativi ad ogni paziente, residente e non, cui è stata erogata una prestazione ambulatoriale devono essere inviati mensilmente alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. **entro la fine del secondo mese successivo alla quello della data dell'ultima prestazione** secondo il tracciato descritto.

Esempio invio:

Mese erogazione	Oggetto invio	Termine per l'invio
Marzo	3 impegnative (3 ID_IMP diversi) contenenti tutte prestazioni pre-ricovero (quindi con ID_ACC uguale) per lo stesso ricovero (MOD_ACC = 15)	Entro la fine di maggio
Aprile	2 impegnative (2 ID_IMP diversi) contenenti tutte le prestazioni erogate durante lo stesso ricovero (quindi con ID_ACC uguali e MOD_ACC = 14)	Entro la fine di giugno
Maggio	2 impegnative (2 ID_IMP diversi) contenenti tutte le prestazioni erogate dopo lo stesso ricovero (quindi con ID_ACC uguali e MOD_ACC = 16)	Entro la fine di luglio

I dati da trasmettere alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. devono essere contenuti in due archivi disgiunti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i sanitari. Il collegamento dei due archivi è garantito da tre variabili "chiave" rappresentate dal codice **ASL inviante + ID-impegnativa + progressivo riga**.

I dati prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati errati non vengono caricati nella banca dati provinciale finché non vengono corretti dall'Azienda. L'ultimo invio di dati da parte delle aziende sanitarie viene considerato quello valido.

6. CONSERVAZIONE DEI DATI

Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali si prevede la conservazione dei dati in due archivi distinti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati sanitari.

Il collegamento dei due archivi è garantito da tre variabili "chiave" rappresentate dal **codice ASL inviante + ID-impegnativa + progressivo riga**.

7. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI E COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)

Le prestazioni rese in regime di ricovero sono remunerate con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero (tariffa corrispondente al DRG del ricovero in questione) e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate, secondo la normativa provinciale (deliberazione della G.P. n. 6337/1997, e relativa Circolare, deliberazioni della G.P. n. 1385/1999, n. 2797/2001 e n. 4560/2001¹), con la tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non sono pertanto addebitate al paziente. In base alla delibera della G.P. n. 1385 del 19/04/1999, la medesima disposizione vale anche per le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato preventivamente erogate al paziente da struttura diversa da quella che esegue successivamente il ricovero per le sole specialità in cui esistono convenzioni tra i comprensori sanitari previste dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 (l'ospedale di Bressanone per le specialità di dermatologia e di oculistica per i propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Brunico nonché l'ospedale di Brunico per le specialità di otorino e di urologia a propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Bressanone) nonché per le prestazioni erogate da un ospedale della Provincia per i propri residenti che vengono successivamente ricoverati in un altro ospedale facente parte della stessa AS, ovvero comprensorio sanitario.

La stessa normativa provinciale stabilisce che se il ricovero non viene effettuato per decisione motivata dal medico (motivi clinici o organizzativi interni), il paziente non sarà tenuto a pagare la prestazione; se il ricovero programmato non viene effettuato per esclusiva volontà del paziente, egli sarà tenuto al pagamento del ticket relativo agli esami/accertamenti eseguiti in regime di pre-ospedalizzazione (e si tratterà dunque di prestazioni per esterni).

Secondo la normativa provinciale (deliberazione della G.P. nr. 2797/2001; deliberazione della G.P. n. 4560/2001) le prestazioni post-ricovero in regime ordinario (prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post ricovero, prima medicazione ambulatoriale effettuate entro 30 giorni dalla dimissione) vengono considerate come parte integrante del ricovero stesso e confluiscono nella tariffa onnicomprensiva DRG specifica del ricovero, con conseguente gratuità della prestazione per il paziente. Le prestazioni strumentali (es. TAC, Risonanze magnetiche, EEG, scintigrafie, ecc.) che non sono eseguibili tempestivamente durante l'arco della degenza, ma che rientrano di fatto nello

¹ La normativa provinciale ha recepito il principio enunciato dall'art. 1 comma 18 della legge n. 662/96 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", stabilito dall'art. 1, comma 6 del D.M. 30.06.97 e riaffermato nel D.lgs n. 124 del 29/04/1998, che prevede che le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero stesso e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

stesso DRG, vengono eseguite come esami cosiddetti “di coda”. Tali prestazioni, necessarie ai fini di una completa formulazione diagnostica, dovranno essere effettuate entro 15 giorni dalla dimissione e dovranno essere specificate nella lettera di dimissione (tipo di esame e data di prenotazione).

Tutte le sopraelencate prestazioni non necessitano della prescrizione con impegnativa ma vanno richiesti sul modulo aziendale interno.

Le prestazioni rese in Pronto Soccorso seguite da ricovero sono remunerate con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero (tariffa corrispondente al DRG del ricovero in questione) e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

Anche per quanto riguarda l'Osservazione Breve Intensiva (si veda deliberazione della Giunta provinciale n. 3610 del 6 ottobre 2008) da parte del paziente non è prevista alcuna partecipazione alla spesa, dal momento che tale attività presenta il carattere di non differibilità.

8. COMPITI E RESPONSABILITÀ

Per avere una soddisfacente gestione della procedura, considerata anche la notevole quantità di dati che l'Azienda sanitaria deve trasmettere alla Provincia, devono essere ben definiti i compiti e le responsabilità dell'Azienda sanitaria e della Provincia.

Alla Provincia spetta il compito di definire, aggiornare e distribuire:

- i tracciati standard per lo scambio dei dati
- i sistemi di codifica di riferimento
- le tabelle di dominio (nomenclatore provinciale, codici dei centri di costo, ecc.)

In qualità di gestore della banca dati della specialistica, la Provincia provvede alla raccolta dei dati, sia per adempiere le proprie funzioni di coordinamento e controllo, sia per garantire la fornitura in modo integrato di una serie di informazioni legate all'assistibile.

L'Azienda sanitaria deve attenersi alle direttive e agli standard stabiliti a livello provinciale e trasmettere nei tempi e nei modi stabiliti i dati richiesti.

9. ANONIMATO

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome e cognome, del codice sanitario e del codice fiscale.

Le variabili del tracciato dovranno essere compilate come segue:

Nei campi del cognome e del nome dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura “ANONIMO”. Nel campo della data di nascita dovrà essere indicato solo l'anno di nascita, ponendo come data fittizia il 1 gennaio di quell'anno nel formato 0101aaaa. Nel campo comune di nascita indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT; in caso di provincia sconosciuta o persona nata all'estero inserire solo nei primi tre caratteri '999'. Nel campo cittadinanza indicare 998 (=sconosciuto). Nel campo tipo identificativo utente andrà inserito il codice

“3”, nel campo codice identificativo utente andranno inserite 20 “X”. Il codice fiscale non va rilevato salvo possibile modifiche normative a livello nazionale².

² Secondo l'art. 50 (commi 2 e 5), del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, l'anonimato è garantito dalla codifica del CF o dell'STP, che non sono immediatamente comprensibili al lettore, e dal fatto che tali codici vengono disgiunti dalla ricetta a cui erano associati e cancellati dal sistema una volta che il file telematico è stato acquisito.

DEFINIZIONE E CONTENUTO DI TUTTE LE VARIABILI E RELATIVA CODIFICA

Campi Chiave

Nel rispetto della normativa in materia di trattamento di dati personali la procedura informatica prevede l'archiviazione dei dati in due archivi distinti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati di accesso e i dati sanitari.

I due archivi potranno essere ricongiunti attraverso tre "variabili chiave" rappresentate dal codice **ASL inviante, ID-impegnativa e progressivo riga.**

1. COMPENSORIO SANITARIO INVIANTE (ASL INV)

Indicare il codice del Compensorio sanitario inviante i dati.

3. ID-IMPEGNATIVA (ID IMP)

Il numero ID-impegnativa identifica in modo univoco nel corso degli anni la singola impegnativa all'interno dello stesso compensorio sanitario, ciò significa che il numero non deve essere reinizializzato all'inizio di ogni anno.

4. PROGRESSIVO RIGA PER PRESCRIZIONE/IMPEGNATIVA (PROG IMP)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa impegnativa. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record dell'impegnativa e la prima prestazione; il valore 02 identifica la seconda prestazione, ecc.

L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine impegnativa.

Ogni impegnativa deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 e la riga 99.

Le righe/record con valore del campo "progressivo riga" diverso da "99" comportano che i campi devono essere compilati interamente, ossia si devono inserire tutte le informazioni relative al paziente e all'impegnativa, eccetto il campo "importo ticket" che NON deve essere valorizzato.

Nell'ultima riga/record con valore del campo "progressivo riga" uguale a "99" devono essere riportati il ticket pagato e l'importo totale netto da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse quelle specifiche riferite alla prestazione (es. codice prestazione, quantità, codifica nomenclatore, priorità della prestazione).

Variabili anagrafiche

5. COGNOME (COG)

Indicare il cognome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

6. NOME (NOME)

Indicare il nome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il nome senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

7. COGNOME ACQUISITO (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito del paziente.

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

8. SESSO (SESSO)

Indicare il sesso del paziente.

1 = maschio

2 = femmina

9. DATA DI NASCITA (DNASCITA)

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita del paziente nel formato: ggmmaaaa.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato codificare con 0101aaaa.

10. COMUNE DI NASCITA (COM_NASC)

Il codice da utilizzare è il codice del comune italiano definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia (Provincia di Bolzano = 021) e i successivi un progressivo all'interno della provincia che individua il singolo comune.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

Se il paziente è nato all'estero, ma non si conosce il paese estero codificare 999998.

Se non si ha alcuna informazione legata al luogo di nascita dell'assistito codificare 999999

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato il indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT; in caso di provincia sconosciuta o persona nata all'estero inserire solo nei primi tre caratteri '999'.

11. STATO CIVILE (S_CIVILE)

Va riportato lo stato civile del paziente al momento dell'erogazione della prestazione.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1= celibe/nubile;

2= coniugato/a;

3= separato/a;

4= divorziato/a;

5= vedovo/a;

6= non dichiarato.

12. COMUNE DI RESIDENZA ANAGRAFICA (COM_RES)

La residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia; per i residenti in Provincia di Bolzano le prime 3 cifre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano = 021 e le successive 3 identificano il comune).

Se il paziente è residente in Italia, ma non si conosce il comune, codificare: 999997

Nel caso di pazienti residenti all'estero, codificare 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998

Se non si conosce il comune codificare o per i senza fissa dimora codificare: 999999.

13. CITTADINANZA (C_CITT)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Se il paziente ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dal paziente.

– cittadinanza italiana = 100

– cittadinanza estera = codice del Ministero degli Interni a 3 cifre

- apolidi =999
- sconosciuta =998.

Per i pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato indicare 998 (=sconosciuto).

14. CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (COD_SANI)

Per gli iscritti al Servizio sanitario provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (Simbolo “/”) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio sanitario provinciale il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatico che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Esempio:

codice del libretto sanitario = 6g1/14456346/1 ⇒ 144563BBBBBBBB

codice del libretto sanitario = F12/0103015311/4 ⇒ 01030153BBBBBB

dove B= spazio

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, il campo deve rimanere vuoto (blank).

15. REGIONE DI RESIDENZA (REG_RES)

Per i residenti italiani è la regione in cui il paziente ha la sua residenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17/09/86). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza.

Per i residenti all'estero inserire il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) compilare con “000”.

16. COMPRESORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA (ASL_RES)

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre.

Per i residenti all'estero non compilare.

La corretta compilazione di questo campo è fondamentale per evitare le contestazioni da parte di altre regioni in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Per i residenti in Italia qualora questo campo non venga compilato dal comprensorio sanitario verrà inserito dalla Provincia basandosi sul campo del comune di residenza.

17. REGIONE DI ASSISTENZA (REG_ASS)

È la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza.

La regione di assistenza può essere diversa dalla regione di residenza.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

18. COMPRESORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI ASSISTENZA (ASL_ASS)

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) in cui è iscritto il paziente.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

19. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO_ID)

Indicare se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

1	=	codice fiscale
2	=	STP (straniero temporaneamente presente)
3	=	AA (anonimo)
4	=	TEAM (codice personale della TEAM)
5	=	SPAG (straniero pagante in proprio)
6	=	ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate)
9	=	CTA (cittadini temporaneamente assistiti) ³
A	=	HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia) ⁴
X	=	X (codice fiscale + TEAM) ⁹

Questa variabile deve essere compilata per tutti i pazienti.

20. CODICE IDENTIFICATO UTENTE (COD_ID)

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle Finanze, deve essere indicato per tutti i pazienti residenti in Italia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5) composto da STP»+codice regione +codice ASL+progressivo.

Nel caso di assistito SASN il campo deve essere compilato con il codice fiscale dell'assistito.

³ Circolare Assessorato alla Sanità, 7/4/2008, prot. n. 23.2/5507/193474 – "Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti dimoranti in Italia".

⁴ Circolare Assessorato alla Sanità, 18/5/2010, prot. n. RUERI/9004 – "Nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale – Compilazione certificato sostitutivo per pensionati (e loro familiari) e familiari di lavoratori che risiedono in un Paese diverso da quello del capofamiglia

⁹ Ministero della Salute, DGPROGS 0007366-P-20/03/2012 – "Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: passaggio dell'Italia dal doppio regime contabile a quello unico al costo"

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per gli stranieri extracomunitari senza TEAM che devono provvedere a pagare in proprio la tariffa della prestazione deve essere riportato il codice regionale a sigla SPAG a 20 caratteri composto da SPAG+codice regione +codice ASL+progressivo;

Per gli stranieri provenienti da paesi convenzionati (ASC – altri stranieri convenzionati o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate) compilare con codice regionale a sigla ASC (stranieri provenienti da paesi convenzionati) a 20 caratteri (ASC + codice regione + codice ASL + progressivo).

Per il codice dell'anonimo: «X»ripetuto 20 volte.

Per gli stranieri comunitari indigenti (cittadini temporaneamente assistiti – CTA), compilare con codice regionale a sigla CTA a 20 caratteri (CTA + codice regione 041 + codice ASL 201 seguito da numero progressivo).

Per le persone che hanno la residenza all'estero e che sono assicurate tramite i modelli E121 (pensionati e loro familiari), E109 (familiari di lavoratori) e E106 (familiari di lavoratori distaccati), compilare con con codice regionale a sigla HIC a 16 caratteri (HIC + codice regione 041 + codice ASL 201 + le seguenti sigle PT (pensionato titolare), PF (pensionato familiare), FL (familiare di lavoratore E109), FD (familiare di lavoratore E106) e di seguito da numero progressivo univoco all'interno dell'ASL a partire da 10001).

Per i pazienti residenti in Italia ma assicurati da istituzioni estere (TIPO_ID = X) va indicato il codice fiscale e vanno inseriti anche i dati assicurativi riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

21. NUMERO IDENTIFICAZIONE DELLA TEAM (N_TEAM)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

22. CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (COD_IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

23. ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (DEN_IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

24. STATO CHE RILASCI LA TESSERA (ST_ESTERO)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

25. TIPO DI ASSISTENZA PREVISTA DALLA TEAM (TIPO_TEAM)

Valorizzare con E111 o con E106 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

26. DATA SCADENZA TESSERA (DATA_SCAD)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

Variabili sanitarie**2. NUMERO DELLA PRESCRIZIONE/IMPEGNATIVA (NUM_IMP)**

Non essendo prevista una impegnativa rossa ma solo un modulo di richiesta interno il campo deve essere così composto: 999 + anno (2 cifre) + codice comprensorio (1 cifra) + numero progressivo interno del comprensorio (8 cifre) + 0.

27. PRESENZA DELL'IMPEGNATIVA (PRES_IMP)

Campo vuoto

28. IDENTIFICATIVO ACCESSO (ID_ACC)

La numerazione è prevista per tutti gli accessi e consente di collegare tutte le impegnative (impegnative fittizie) delle prestazioni erogate ad un paziente nell'ambito della stessa modalità di accesso (MOD_ACC). Ad esso possono essere collegati ID- Impegnativa diversi, ma con MOD_ACC uguale.

È composto da: anno (4 cifre) + codice ospedale (6 cifre) + numero progressivo accesso (6 cifre).

Esempio:

Identificativo accesso (ID_ACC)	ID_IMP	Nosografico	Modalità di accesso (MOD_ACC)	COD_ID	Branca
2012041001000001	01	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000001	02	2012000102	14	AAAAAA	03
2012041001000001	03	2012000102	14	AAAAAA	05

29. TIPO IMPEGNATIVA (TIPO_IMP)

Campo vuoto

30. DATA DELLA PRESCRIZIONE (DATA_IMP)

Campo vuoto

31. PRESCRIZIONE SUGGERITA DA UNO SPECIALISTICA (IMP_SUGG)

Campo vuoto

32. PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE (PRI_PRES)

Campo vuoto

33. MODALITÀ DI ACCESSO (MOD_ACC)

2	=	paziente trattato in pronto soccorso seguito da ricovero urgente
12	=	paziente trattato in OBI seguito da ricovero urgente
14	=	Paziente trattato in regime di ricovero programmato

15	=	Paziente trattato in regime di pre-ricovero programmato
16	=	Paziente trattato in regime di post-ricovero
17	=	Donatori

34. TIPOLOGIA DI STRUTTURA (TIP_STRU)

Campo vuoto

35. (campo vuoto)

36. STRUTTURA EROGATRICE (CO_STS11)

Inserire il codice provinciale della struttura erogatrice previsto dal modello ministeriale STS.11.

37. SPECIALTÁ DELL'AMBULATORIO (SPEC)

Inserire il codice di specialitá dell'ambulatorio previsto nell'Allegato E.

38. DIAGNOSI/SOSPETTO DIAGNOSI (DIAG_SOS)

Indicare il sospetto diagnostico indicato sulla ricetta da parte del medico prescrittore.

Codice delle diagnosi ICD-9-CM versione 2007.

39. DATA DELLA PRENOTAZIONE (D_PRENOT)

Campo vuoto

40. CODIFICA NOMENCLATORE (COD_NOM)

Può assumere i seguenti valori:

N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario nazionale
I = ulteriori prestazioni aggiunte a livello provinciale
A = accorpamenti di due o piú prestazioni a livello provinciale
S= prestazione PS50, OBI60
F = prestazioni richieste fuori Provincia

I codici N, I, A e S sono indicati nel nomenclatore tariffario provinciale nel campo "NOTA_PROV" per ogni codice di prestazione.

Se si tratta di una prestazione richiesta da una struttura provinciale a una struttura extraprovinciale che non ha codice incluso nel nomenclatore tariffario provinciale (ad esempio le prestazioni con codice da XXXXX1 a XXXXX18 richiesta dall'azienda sanitaria di Bolzano a strutture extraprovinciali) codificare con "F" (Fuori Provincia).

41. CODICE DELLA PRESTAZIONE (COD_PRES)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale (deliberazione della Giunta provinciale n.2568 del 15/06/98 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996.

I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

Non costituiscono oggetto della rilevazione le prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato (assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e quindi a completo carico dell'assistito come le prestazioni di fisica sanitaria, le prestazioni di igiene pubblica, le prestazioni di medicina del lavoro, e le prestazioni di medicina legale (nel nomenclatore provinciale identificate dalla sigla P-DOS, P-IG, P-LAV, P-LEG)

42. NUMERO DI PRESTAZIONI (NUM_PRES)

Indicare la quantità di prestazioni erogate per codici di prestazione.

Su ogni impegnativa fittizia (per ogni ID_IMP) possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni specialistiche appartenenti alla medesima branca (ad eccezione dei COD_PRES = 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 o 91.48.5 che possono arrivare a 16 prestazioni).

43. CICLO (CICLO)

Campo vuoto

44. DATA INIZIO CICLO (D_CICLO)

Campo vuoto

45. DATA DELLA PRESTAZIONE (DATA_ERO)

Identifica la data di effettuazione della prestazione.

Riportare il giorno, il mese e l'anno formato: ggmmaaaa

Nel caso di impegnative registrate in data diversa dall'effettiva erogazione della prestazione è fondamentale inserire la data effettiva di erogazione. Nella riga 99 dovrà essere inserita la data più recente dell'impegnativa cioè la data dell'ultima prestazioni erogata o la data di chiusura dell'impegnativa.

46. DIAGNOSI DI REFERTAZIONE (DIAG_REF)

Campo vuoto

47. DATA DELLA REFERTAZIONE (DATA_REF)

Campo vuoto

48. BRANCA SPECIALISTICA (BRANCA)

Riportare il codice della branca della prestazione come da Allegato D.

Qualora una prestazione inclusa nell'elenco »ALTRE" (branca 26) sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni riconducibili ad una delle altre branche specialistiche del tariffario, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'unità operativa/professionista che la eroga (Testo Unico delle Linee guida" allegato alla deliberazione G.P. n. 2390 del 14/06/1999).

Solo nel caso in cui all'unità operativa/professionista che eroga la prestazione non corrisponda una branca specialistica (es. pediatria, medicina interna, geriatria); la prestazione potrà essere attribuita alla branca 26.

49. REGIME DI EROGAZIONE (REG_EROG)

Campo vuoto

50. POSIZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL TICKET (POS_TICK)

Valorizzare sempre con 1 (=esenti ticket)

51. TIPOLOGIA ESENZIONE (TP_ESENZ)

Valorizzare sempre con X (= ticket da non incassare)

52. ESENZIONE (CD_ESENZ)

Valorizzare sempre con TR (=prestazioni per le quali non è previsto il ticket)

53. IMPORTO TICKET IN EURO (IMP_TICK)

Valorizzare sempre con 0.

54. IMPORTO TOTALE IN EURO (IMP_TARI)

Nella riga/record con valore del campo "progressivo riga" diverso da "99" riportare l'importo calcolato come prodotto del campo "numero prestazioni" e la tariffa della prestazione. Nella riga/record con valore del campo "progressivo riga" uguale a 99 riportare la somma degli importi totali.

55. NOSOGRAFICO – NUMERO SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (NOSOGRAF)

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui i primi 4 identificano l'anno di ricovero; gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

Il nosografico è previsto per tutti gli accessi (eccetto che per i donatori, con MOD_ACC = 17) e consente di collegare tutti gli accessi, e quindi tutte le impegnative delle prestazioni erogate in

regime di pre-ricovero, di ricovero e di post-ricovero (impegnative fittizie) allo stesso paziente nell'ambito dello stesso ricovero. Ad esso possono essere **collegati ID- Impegnativa ed ID_ACC diversi.**

Esempio:

Identificativo accesso (ID_ACC)	ID_IMP	Nosografico	Modalità di accesso (MOD_ACC)	COD_ID	Branca
2012041001000001	01	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000001	02	2012000102	14	AAAAAA	03
2012041001000001	03	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000010	10	2012000102	15	AAAAAA	08
2012041001000010	11	2012000102	15	AAAAAA	01
2012041001000010	12	2012000102	15	AAAAAA	05
2012041001000023	101	2012000102	16	AAAAAA	09
2012041001000023	102	2012000102	16	AAAAAA	10
2012041001000023	103	2012000102	16	AAAAAA	11

56. UNITÁ EROGATRICE (CDC)

Indicare il codice del punto di erogazione ai sensi della deliberazione della G.P. n.1193 del 11/04/2005 “Sistema di contabilità direzionale del Servizio sanitario Provinciale: approvazione delle linee guida riguardanti la rilevazione dei costi, il sistema di codifica dei centri di costo, il piano dei fattori produttivi e il tracciato record” e successive modifiche.

Nel caso di prestazioni erogate dal Comprensorio sanitario di Bolzano per altri comprensori deve essere inserito il centro di costo di erogazione della prestazione.

Se ad esempio viene fatto un prelievo a Bressanone, poi spedito al servizio di istologia patologica di Bolzano per eseguire gli esami specialistici, devono essere rilevati entrambi i centri di costo; per il prelievo quello di Bressanone, e per i restanti esami quello del servizio interaziendale di Bolzano.

I dati dell'impegnativa dovranno essere inviati alla Provincia dal Comprensorio sanitario che ha eseguito il prelievo, cioè il Comprensorio al quale si è rivolto il paziente (nell'esempio suddetto è il Comprensorio sanitario di Bressanone).

57. TIPO OPERAZIONE (TIPO_OPER)

Campo vuoto

58. CODICE RAGGRUPPAMENTO (COD_RAG)

Campo vuoto

59. CODICE FISCALE DISCORDANTE (CF_DISC)

Campo vuoto

60. INVIO DATI OLTRE I TERMINI PREVISTI (ALTRO)

Campo vuoto

61. CENTRO DI COSTO AZIENDALE (CDC_AS)

Indicare il codice del punto di erogazione della prestazione secondo il piano dei centri di costo aziendali.⁵

⁵ Nuovo campo richiesto dal direttore generale dell'azienda sanitaria con lettera del 07.05.2012 prot. 0048184-BZ 08.05.2012.

ALLEGATO A : Tracciato record per l'invio dei dati alla Società Informativa Alto Adige S.P.A. da parte dell'AS - Variabili anagrafiche

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.
1	ASL_INV	Comprensorio sanitario inviante	AN	3	1	3	OBB V
2	NUM_IMP	Numero prescrizione/impegnativa	AN	16	4	19	OBB V
3	ID_IMP	ID-Impegnativa	AN	20	20	39	OBB V
4	PROG_IMP	Progressivo riga per prescrizione/impegnativa	N	2	50	51	OBB V
5	COG	Cognome	AN	30	101	130	OBB V
6	NOME	Nome	AN	20	131	150	OBB V
7	NOMEA	Cognome acquisito	AN	30	151	180	
8	SESSO	Sesso	AN	1	181	181	OBB V
9	DNASCITA	Data di nascita	D	8	182	189	OBB V
10	COM_NASC	Luogo di nascita	AN	6	190	195	OBB V
11	S_CIVILE	Stato civile	AN	1	196	196	
12	COM_RES	Comune di residenza anagrafica/Stato estero	AN	6	197	202	OBB V
13	C_CITT	Cittadinanza	AN	3	203	205	OBB V
14	COD_SANI	Codice Sanitario individuale	AN	20	206	225	OBB
15	REG_RES	Regione di Residenza	AN	3	226	228	OBB V
16	ASL_RES	Azienda sanitaria/comprensorio sanitario di Residenza	AN	3	229	231	
17	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3	232	234	
18	ASL_ASS	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di assistenza	AN	3	235	237	
19	TIPO_ID	Tipo Identificativo Utente	AN	1	238	238	OBB V
20	COD_ID	Codice identificativo Utente	AN	20	239	258	OBB V
21	N_TEAM	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	259	278	OBB
22	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	279	293	OBB
23	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN	30	294	323	
24	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera	AN	2	324	325	OBB
25	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	326	329	
26	DATA_SCAD	Data scadenza tessera	D	8	330	337	OBB

Legenda:

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

OBBV = Campo obbligatorio e vincolante

“vuoto”= Campo non obbligatorio

Nota

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

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

I campi **data** sono sempre di tipo **GGMMAAA**; se mancanti, valorizzati con **spazio**.

ALLEGATO B : Tracciato record per l'invio dei dati alla Società Informativa Alto Adige S.p.A. da parte dell'AS - Variabili sanitarie

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.
1	ASL_INV	Comprensorio sanitario inviante	AN	3	1	3	OBB V
2	NUM_IMP	Numero prescrizione/impegnativa	AN	16	4	19	OBB V
3	ID_IMP	ID-Impegnativa	AN	20	20	39	OBB V
4	PROG_IMP	Progressivo riga per prescrizione/impegnativa	N	2	50	51	OBB V
27	PRES_IMP	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	52	52	
28	ID_ACC	Identificativo accesso per modalità	AN	16	53	68	OBB V
29	TIPO_IMP	<i>Campo vuoto</i>	AN	2	69	70	
30	DATA_IMP	<i>Campo vuoto</i>	D	8	71	78	
31	IMP_SUGG	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	79	79	
32	PRI_PRES	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	80	80	
33	MOD_ACC	Modalità di accesso	AN	2	81	82	OBB V
34	TIP_STRU	Tipologia di struttura	AN	1	83	83	
35	<i>Campo vuoto</i>	AN	9	84	92	
36	CO_STS11	Struttura erogatrice	AN	6	93	98	OBB
37	SPEC	Specialità dell'ambulatorio	AN	3	99	101	OBB
38	DIAG_SOS	Diagnosi/sospetto diagnostica	AN	5	102	106	OBB
39	D_PRENOT	<i>Campo vuoto</i>	AN	8	107	114	
40	COD_NOM	Codifica nomenclatore	AN	1	115	115	OBB
41	COD_PRES	Codice regionale della prestazione	AN	7	116	122	OBB
42	NUM_PRES	Numero di prestazioni	AN	3	123	125	OBB
43	CICLO	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	126	126	
44	D_CICLO	<i>Campo vuoto</i>	D	8	127	134	
45	DATA_ERO	Data della prestazione/fine ciclo	D	8	135	142	OBB V
46	DIAG_REF	<i>Campo vuoto</i>	AN	5	143	147	
47	DATA_REF	<i>Campo vuoto</i>	D	8	148	155	
48	BRANCA	Branca specialistica	AN	2	156	157	OBB V
49	REG_EROG	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	158	158	
50	POS_TICK	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	159	160	OBB V
51	TP_ESENZ	Tipologia di esenzione Ticket	AN	1	161	161	OBB V
52	CD_ESENZ	Codice Esenzione Ticket	AN	6	162	167	OBB V
53	IMP_TICK	Importo ticket in Euro (0,00)	N	7	168	174	OBB V
54	IMP_TARI	Importo totale in Euro (99999,99)	N	8	175	182	OBB V
55	NOSOGRAF	Numero scheda di Ricovero	AN	10	183	192	OBB
56	CDC	Unità erogatrice	AN	20	193	212	OBB
57	TIPO_OPER	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	213	213	
58	COD_RAG	<i>Campo vuoto</i>	N	1	214	214	
59	CF_DISC	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	215	215	
60	ALTRO	<i>Campo vuoto</i>	AN	1	216	216	
61	CDC_AS	Centro di costo aziendale	N	10	217	226	

ALLEGATO C : Tracciato dei controlli

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
1	ASL_INV	Comprensorio sanitario inviante	AN(3)	OBB V	Obbligatorietà Valore compreso in: 101,102,103,104. Verifica che asl_inv = ai caratteri 5 – 7 del campo ID_IMP Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
2	NUM_IMP	Numero prescrizione/impegnativa	AN(16)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che il NUM_IMP sia lungo 15 ed abbia il seguente formato: <ul style="list-style-type: none"> • caratteri 1-3: 999 • caratteri 4-5 devono corrispondere ad un anno e deve essere <= anno in corso • caratteri 6: comprensorio sanitario inviante (1 = Bolzano, 2= Merano, 3= Bressanone, 4= Brunico) • caratteri 7-14: numero progressivo univoco all'interno del comprensorio inviante • carattere 15 = 0 Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
3	ID_IMP	ID-Impegnativa	AN(20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che ID_IMP sia lungo 20 ed abbia il seguente formato: anno (4 cifre) + codice comprensorio (3 cifre) + numero progressivo interno del comprensorio (13 cifre). Verifica anno >= data di erogazione della riga con PROG_IMP = 99. Verifica codice comprensorio: 101, 102, 103, 104
4	PROG_IMP	Progressivo riga per prescrizione/impegnativa	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che all'interno della stessa prescrizione ci sia una sola riga 99 Verifica che l'impegnativa contenga almeno una riga "99" ed una riga di dettaglio (PROG_IMP<>99).
5	COG	Cognome del paziente	AN(30)	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e NOME = "ANONIMO" Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
6	NOME	Nome del paziente	AN(20)	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e COGNOME = "ANONIMO" Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
7	NOMEA	Cognome acquisito del paziente	AN(30)		
8	SESSO	Sesso	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Verifica valore compreso in : 1 (= maschio) , 2 (= femmina) Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
9	DNASCITA	Data di nascita	D(8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato ggmmaaaa DNASCITA < data del sistema DNASCITA =<DATA_EROG

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
					Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
10	COM_NASC	Comune di nascita	AN(6)	OBB V	Obbligatorietà <u>Se NOME =ANONIMO:</u> verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999". <u>Se NOME <> ANONIMO:</u> Se i primi tre carattere <> "999" allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani ISTAT Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"). Altri codici possibili: Se nato in Italia ma comune sconosciuto: 999997; se nato all'estero e paese sconosciuto: 999998, se manca qualsiasi informazione: 999999 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
11	S_CIVILE	Stato Civile	AN(1)		Se compilato deve contenere i seguenti valori 1,2,3,4,5,6 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
12	COM_RES	Comune di residenza anagrafica/Stato estero	AN(6)	OBB V	Obbligatorietà Se i primi tre carattere <> "999" allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani ISTAT Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"). Altri codici possibili: Se residente in Italia ma comune sconosciuto: 999997; se straniero e paese sconosciuto 999998; se manca qualsiasi informazione: 999999 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa..
13	C_CITT	Cittadinanza	AN(3)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni) Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
14	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN(20)	OBB	Obbligatorietà se NOME <> ANONIMO Verifica esattezza codice attraverso la procedura automatica di controllo delle matricole della banca dati anagrafica provinciale (APA). Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
15	REG_RES	Regione di residenza	AN(3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni). Se regione italiana verifica congruenza con il comune di residenza Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999, 999998 o 999997) verifica REG_RES=000

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
					Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
16	ASL_RES	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di residenza	AN(3)		Esistenza del codice sull'elenco delle ASL DM 17/09/1986 Se compilato deve essere compatibile con la regione di Residenza. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
17	REG_ASS	Regione di assistenza	AN(3)		Verifica esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (DM 17/09/1986). Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
18	ASL_ASS	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di assistenza	AN(3)		Esistenza del codice sull'elenco delle ASL DM 17/09/1986 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
19	TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Valore compreso in : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, A, X. Se TIPO_ID = A verifica COM_RES <> Codice Comune italiano ISTAT oppure 99997 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
20	COD_ID	Codice identificativo utente	AN(20)	OBB V	Obbligatorietà Se TIPO_ID=1 o X allora COD_ID deve essere di lunghezza 16 e deve essere presente nella anagrafica BDPA. Se TIPO_ID = 2 verifica che il valore immesso in COD_ID sia nel formato STP (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (7) e la lunghezza deve essere pari a 16. Se TIPO_ID = 3 allora verifica che il COD_ID sia 20 "X" e NOME = "ANONIMO" e la lunghezza deve essere pari a 20. Se TIPO_ID =5 verifica che il valore immesso in COD_ID sia nel formato SPAG (4) +codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (10) e la lunghezza deve essere pari a 20 Se TIPO_ID =6 verifica che il valore immesso in COD_ID sia nel formato ASC (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (11) e la lunghezza deve essere pari a 20. Se TIPO_ID=9 allora COD_ID = deve contenere CTA (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (11) e la lunghezza deve essere pari a 20. Se TIPO_ID=A allora COD_ID = deve contenere HIC041201+(PT/PF/FL/FD)+progressivo(5) e la lunghezza deve essere pari a 16. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
21	N_TEAM	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN(20)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 o X Verifica compilazione campi COD_IST, ST_ESTERO, DATA_SCAD. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
22	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN(15)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 o X Verifica compilazione campi: N_TEAM, ST_ESTERO, DATA_SCAD. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
23	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha	AN(30)		

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
		rilasciato la TEAM			
24	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera	AN (2)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 o X Verifica compilazione campi: N_TEAM, COD_IST, DATA_SCAD. Verifica che il campo sia lungo 2 caratteri Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
25	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN(4)		Se valorizzato verifica che sia uguale a E111 o E106 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
26	DATA_SCAD	Data scadenza tessera	D(8)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 o X Verifica compilazione campi: N_TEAM, COD_IST, ST_ESTERO DATA_SCAD > DNASCITA DATA_SCAD >= DATA_EROG Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa..
27	PRES_IMP	Presenza dell'impegnativa	AN(1)		Campo vuoto
28	ID_ACC	Identificativo accesso di PS	AN(16)	OBB V	Obbligatorietà Il campo deve essere compilato con 16 caratteri Verifica composizione: posizione da 1-4 = anno (<= anno in corso), posizione da 5 - 10 codice ospedale provinciale, 11 – 16 = progressivo. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
29	TIPO_IMP	Tipologia di impegnativa	AN(2)		Campo vuoto
30	DATA_IMP	Data della impegnativa	D(8)		Campo vuoto
31	IMP_SUGG	Prescrizione suggerita da uno specialista	AN(1)		Campo vuoto
32	PRI_PRES	Priorità della prestazione	AN(1)		Campo vuoto
33	MOD_ACC	Modalità di accesso	AN(2)	OBB V	Obbligatorietà Valori ammessi da 2, 12, 14,15,16, 17 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
34	TIP_STRU	Tipologia di struttura	AN(1)		Campo vuoto
35			AN (9)		Campo vuoto
36	CO_STS11	Struttura erogatrice	AN(6)	OBB	Obbligatorietà per PROG_IMP <> 99 Valore contenuto della lista provinciale dei codici STS11 alla data di erogazione della prestazione
37	SPEC	Specialità dell'ambulatorio	AN(3)	OBB	Obbligatorietà per PROG_IMP <> 99 Verifica valore compreso in Allegato E
38	DIAG_SOS	Diagnosi/sospetto diagnostica	AN(5)	OBB	Obbligatorietà per MOD_ACC <-> 17 (donatori) Valore compreso nella tabella ICD-9-CM –versione 2007

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
39	D_PRENOT	Data della prenotazione	AN(8)		Campo vuoto
40	COD_NOM	Codifica nomenclatore	AN(1)	OBB	Obbligatorietà per PROG_IMP <> 99 Valore compreso in: N, I, A, F, S.
41	COD_PRES	Codice regionale della prestazione	AN(7)	OBB	Obbligatorietà se PROG_IMP <> 99 Se COD_NOM <> F verifica valore compreso nel tariffario provinciale e corrispondenza della codifica COD_NOM
42	NUM_PRES	Numero di prestazioni	AN(3)	OBB	Obbligatorietà per PROG_IMP <> 99 Nella riga PROG_IMP <> 99 verifica che NUM_PRES<> campo vuoto e <> '000' Se COD_PRES = 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 o 91.48.5, allora la SOMMA dei NUM_PRES per impegnativa DEVE essere un valore compreso tra 1 e 16 ($\sum(\text{NUM_PRES})$ tra 1 e 16); se COD_PRES non rientra tra quelli sopra elencati allora la SOMMA dei NUM_PRES per Impegnativa DEVE essere un valore compreso tra 1 e 8 ($\sum(\text{NUM_PRES})$ tra 1 e 8)
43	CICLO	Ciclo	AN(1)		Campo vuoto
44	D_CICLO	Data inizio ciclo (ddmmyyyy)	D(8)		Campo vuoto
45	DATA_ERO	Data della prestazione/fine ciclo	D(8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato ggmmaaaa <u>Se PROG_IMP <> 99 verifica:</u> DATA_ERO < data del sistema DATA_ERO >=DNASCITA DATA_ERO =<DATA_SCAD <u>Se PROG_IMP = 99 verifica:</u> DATA_ERO >= DATA_ERO delle righe di dettaglio (PROG_IMP <> 99) DATA_ERO=< data del sistema Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare.
46	DIAG_REF	Diagnosi di refertazione	AN(5)		Campo vuoto
47	DATA_REF	Data della refertazione (ddmmyyyy)	D(8)		Campo vuoto
48	BRANCA	Branca specialistica	AN(2)	OBB V	Obbligatorietà Valore compreso nella tabella delle branche (Allegato D) Se PROG_IMP <>99 e COD_NOM<>F verificare che la branca contenga il codice di prestazione indicato nel campo COD_PRES. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
49	REG_EROG	Regime di erogazione	AN(1)		Campo vuoto
50	POS_TICK	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN(2)	OBB V	Obbligatorietà Valorizzare sempre con 1
51	TP_ESENZ	Tipologia di esenzione	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obblig	Controlli
					Valorizzare sempre con X
52	CD_ESENZ	Esenzione	AN(6)	OBB V	Obbligatorietà Valorizzare sempre con TR
53	IMP_TICK	Importo ticket in Euro (9999,99)	N(7)	OBB V	Obbligatorietà Valorizzare sempre con 0,00
54	IMP_TARI	Importo totale in Euro (9999999)	N(8)	OBB V	Obbligatorietà Nella riga PROG_IMP <> 99 e COD_NOM <> F: IMP_TARI = Importo tariffario della prestazione secondo nomenclatore provinciale x NUM_PRES Nella riga PROG_IMP <> 99 e cod_pres = 2011 IMP_TARI <= Importo tariffario della prestazione secondo nomenclatore provinciale x NUM_PRES Nella riga PROG_IMP = 99: IMP_TARI = somma degli importi tariffari delle righe PROG_IMP <> 99
55	NOSOGRAF	Codice scheda del ricovero	AN (10)	OBB	Obbligatorietà solo se MOD_ACC <> 17 (donatori) Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
56	CDC	Unità erogatrice	AN(20)	OBB	Obbligatorietà per PROG_IMP <> 99 Verifica presenza nel piano dei centri di costo ai sensi della deliberazione della G.P n.1193 del 11/04/2005 e successive modifiche. Carattere separatore '-' tra un livello e il successivo
57	TIPO_OPER	Tipo operazione	AN (1)		Campo vuoto
58	COD_RAG	Codice raggruppamento	N (1)		Campo vuoto
59	CF_DISC	Codice fiscale discordante	AN (1)		Campo vuoto
60	ALTRO	Invio dati oltre i termini previsti	AN (1)		Campo vuoto
61	CDC_AS	Centro di costo aziendale	N (10)		Se compilato verifica valore compreso nella tabella di dominio dei CDC dell'azienda sanitaria

ALLEGATO D : Codici delle branche specialistiche

Codice	Descrizione
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 - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
11	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- VIROL.- ANAT. E IST.PATOL. – GENET. – IMMUNOEM. E S. TRASF.
12	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
13	NEFROLOGIA
14	NEUROCHIRURGIA
15	NEUROLOGIA
16	OCULISTICA
17	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
18	ONCOLOGIA
19	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
21	OTORINOLARINGOIATRIA
22	PNEUMOLOGIA
23	PSICHIATRIA
24	RADIOTERAPIA
25	UROLOGIA
26	ALTRE PRESTAZIONI

ALLEGATO E : Codici delle specialità

Cod	Disciplina	Cod	Disciplina
1	Allergologia	40	Psichiatria
3	Anatomia ed isto. patol.	42	Tossicologia
5	Angiologia	43	Urologia
6	Cardiochirurgia pediatr.	48	Nefrologia (abilitata al trapianto del rene)
7	Cardiochirurgia	49	Terapia intensiva
8	Cardiologia	50	Unita' coronarica
9	Chirurgia generale	52	Dermatologia
10	Chirurgia maxillo-facciale	54	Emodialisi
11	Chirurgia pediatrica	56	Recupero e riabilitazione
12	Chirurgia plastica	57	Fisiopatol. riprod. umana
13	Chirurgia toracica	58	Gastroenterologia
14	Chirurgia vascolare	61	Medicina nucleare
15	Medicina sportiva	62	Neonatologia
18	Ematologia, immunoematol.	64	Oncologia
19	Mal.endocrine/diabetolog.	65	Oncoematologia pediatrica
20	Immunologia	66	Oncoematologia
21	Geriatría	68	Pneumologia - fisiopat. resp. - tisiologia
24	Mal. infettive e tropic.	69	Radiologia
25	Medicina del lavoro	70	Radioterapia
26	Medicina generale	71	Reumatologia
28	Unita' spinale	73	Terapia intensiva neonat.
29	Nefrologia	75	Neuroriabilitazione
30	Neurochirurgia	76	Neurochirurgia pediatr.
32	Neurologia	77	Nefrologia pediatrica
33	Neuropsichiatria infant.	78	Urologia pediatrica
34	Oculistica	82	Anestesia e rianimazione
35	Odontoiatria e stomatol.	100	Laboratorio analisi chimico cliniche
36	Ortopedia e traumatologia	101	Microbiologia e virologia
37	Ostetricia e ginecologia	102	Centro trasfusionale immunoematologia
38	Otorinolaringoiatria	103	Radiodiagnostica
39	Pediatria	104	Neuroradiologia