



Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Mattone 2

Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

Contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale





RIFERIMENTI

Redatto da:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Società:	
Verificato da:	Carlo Zocchetti
Società:	Regione Lombardia
Approvato da:	Cabina di Regia
Data:	25/10/2006



INDICE

1	INTRODUZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
2	METODOLOGIA	6
3	OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	7
4	TRASMISSIONE DEI DATI	8
5	ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI	9
6	TRACCIATO RECORD	19
7	CONCLUSIONI	22



1 INTRODUZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI

Nell'organizzazione del SSN che, con il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 introduce il sistema di pagamento a prestazione ed un sistema di concorrenza amministrata tra i soggetti erogatori, il Sistema Informativo sulle prestazioni erogate assume un ruolo centrale nello scenario sanitario. L'introduzione dei flussi informativi come strumento di valutazione delle attività svolte è affidata alle Amministrazioni regionali.

La disponibilità di informazioni sull'attività specialistica ambulatoriale, a livello nazionale, è qualitativamente scarsa e limitata alla raccolta di dati riassuntivi annuali per struttura relativi al totale delle prestazioni per branca specialistica (MOD. STS21 di cui ai "Flussi Informativi" del Ministero della Salute - vedi D.M. 19/3/1988 e successive modificazioni ed integrazioni).

I dati analitici, dettagliati per ciascuna ricetta, relativi all'attività specialistica ambulatoriale venivano fino ad ora raccolti, su tutto il territorio nazionale, solo ai fini della compensazione della mobilità sanitaria: la relativa trasmissione e lo scambio degli stessi è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997. Le Conferenze dei Presidenti e degli Assessori alla Salute delle Regioni e delle Province Autonome hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le citate note ministeriali. Attualmente è in vigore il Testo Unico del marzo 2004.

Negli ultimi anni la normativa nazionale ha dato un forte impulso all'attivazione di flussi informativi sanitari sia a livello delle singole Regioni/Province autonome ma anche da queste verso gli organi centrali. Tra le indicazioni più significative si possono citare:

- La Legge 23 dicembre 2000 n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2001), che prevede all'art. 87 (Monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere) l'introduzione della gestione informatizzata delle prescrizioni;
- L'Accordo Quadro Stato - Regioni del 22 febbraio 2001, che sancisce l'avvio di un piano d'azione coordinato per lo sviluppo del nuovo sistema informativo del Servizio Sanitario Nazionale e che prevede in particolare (art. 8) che le Regioni si assumano l'impegno di assicurare il coordinamento tecnico ed operativo delle attività degli enti locali al fine del perseguimento degli obiettivi del NSIS;
- La Legge 16 novembre 2001 n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria", che dispone (art. 2:



- inserimento nell'art. 87 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 del comma 5bis) l'adozione da parte delle Regioni delle necessarie iniziative per attivare nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere ed assicurare la tempestiva disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, al Ministero della Salute;
- Il DPCM del 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, che specifica (allegato 3) la necessità di sviluppare un sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;
 - Il Decreto del Ministro della Salute del 14 giugno 2002, che istituisce la Cabina di Regia per l'indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
 - La Legge 289 del 27 dicembre 2002 (finanziaria 2003), che prevede all'art. 52 tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni l'attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388;
 - Il D.L. 30 settembre 2003, n.269, convertito in Legge n.326/03, che prevede all'articolo 50 la definizione di modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica ed un flusso informativo specifico.

Inoltre, nell'ambito del NSIS nella fase “Scenario Transitorio del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali” é stata avviata una sperimentazione con alcune Regioni/Province Autonome relativa alla rilevazione dei flussi informativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica mediante la stipula di un'intesa con il Ministero della Salute.

Infine, con l'introduzione dei nuovi ricettari medici a lettura ottica, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha previsto un flusso informativo dalle strutture sanitarie al Ministero di tutti i dati relativi alle prestazioni/farmaci erogate, disciplinando anche le specifiche tecniche di questo flusso, e prevedendo al comma 11 del citato art.50 la possibilità da parte delle regioni e province autonome di provvedere ad attivare direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze di copia dei dati acquisiti a livello regionale.



2 METODOLOGIA

Le Amministrazioni regionali hanno sviluppato propri sistemi informativi per l'assistenza specialistica ambulatoriale, effettuando scelte diverse rispetto all'attività da rilevare nel flusso stesso. Ad esempio, le Regioni Valle D'Aosta, Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Sicilia e la Provincia autonoma di Bolzano includono nella rilevazione le prestazioni di Pronto Soccorso; molte Regioni (ad esempio Marche, Umbria, Calabria e la Provincia autonoma di Trento) utilizzano il tracciato record della mobilità sanitaria interregionale; le Regioni Abruzzo, Campania e Sardegna attualmente non risultano avere attivato un sistema informativo che rilevi le informazioni in maniera analitica, mentre nella Regione Valle d'Aosta tale flusso è in fase di avviamento.

In questo contesto, per la predisposizione di una proposta di tracciato record a livello nazionale sono state analizzate le singole informazioni presenti nei flussi informativi attualmente in opera nelle diverse realtà regionali, quelle previste nel tracciato record minimo utilizzato per la fase di sperimentazione NSIS ed infine le singole informazioni introdotte nel tracciato record definito dalla Agenzia delle Entrate. A tal fine sono stati raccolti, direttamente presso i referenti delle singole regioni o dai siti web delle regioni stesse, i documenti relativi ai singoli tracciati record.

E' stato elaborato un quadro sinottico con tutte le variabili presenti in ogni tracciato record con la specifica del contenuto informativo corrispondente, quindi è stata effettuata una analisi puntuale delle singole variabili: il tracciato record proposto nel presente documento rappresenta la sintesi operativa della discussione.



3 OGGETTO DELLA RILEVAZIONE

I dati da rilevare consistono nelle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale previste dal Nomenclatore Tariffario Nazionale in vigore erogate ai cittadini, italiani e non, dagli ambulatori specialistici ospedalieri ed extraospedalieri pubblici e privati accreditati. Si ricorda che il riferimento al Nomenclatore Tariffario rappresenta la adesione della rilevazione al concetto di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ed in particolare al livello di assistenza ambulatoriale, così come definito dal DPCM 29 novembre 2001 (“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”).

La rilevazione non prende invece in considerazione né le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero (anche quando previste dal nomenclatore tariffario), in quanto tali attività non fanno riferimento al livello di assistenza ambulatoriale bensì al livello di assistenza ospedaliera; né le prestazioni ambulatoriali previste dal nomenclatore ma erogate in contesti assistenziali (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, ...) diversi dal livello di assistenza ambulatoriale; né le prestazioni di screening organizzato, che rientrano nel livello di assistenza collettiva.

Secondo questa impostazione qualche problematicità deriva dalla rilevazione delle attività ambulatoriali svolte in Pronto Soccorso ed alle quali non segue poi un ricovero: in tale contesto da una parte occorre definire se ci si trovi di fronte al livello essenziale di assistenza ambulatoriale ovvero ad altro livello essenziale di assistenza, e dall'altra bisogna prendere atto che il nomenclatore tariffario non costituisce elenco esaustivo delle attività svolte (ed infatti è in predisposizione un nomenclatore ad hoc per il pronto soccorso).

Inoltre, ai fini di un monitoraggio completo, esaustivo, delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale sarebbe opportuno che la raccolta delle informazioni si estendesse anche alle attività che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza, vuoi perché a totale carico del cittadino e senza prescrizione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (le prestazioni cosiddette “out of pocket”, o private in senso stretto), vuoi perché definite “ulteriori” a livello delle singole regioni o province autonome (le cosiddette prestazioni aggiuntive o extra LEA). Nulla osta concettualmente alla raccolta di tali attività ma in questo caso ci si trova di fronte alla inesistenza di un nomenclatore definito (e completo) di tali prestazioni a livello nazionale e pertanto la rilevazione può presentare difficoltà informative insormontabili.



Avendo presenti le criticità qui evidenziate, il GdLR ritiene che la rilevazione possa indirizzarsi in prima battuta alle prestazioni del livello essenziale di assistenza ambulatoriale così come definite tramite il nomenclatore tariffario nazionale: passi ulteriori possono essere suggeriti (ad esempio sempre con riferimento al solo nomenclatore nazionale), ben sapendo però che l'estensione generale della rilevazione alle aree segnalate (benché utile ai fini di completezza della rilevazione stessa) richiede interventi che vanno al di là degli obiettivi raggiungibili nel contesto dell'attuale progetto mattone (ad esempio la compilazione di un nomenclatore per le attività fuori LEA).

4 TRASMISSIONE DEI DATI

Le informazioni contenute nel tracciato record per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dovranno essere raccolte da tutti i presidi pubblici e privati accreditati.

In conformità a quanto già avviene per altri flussi dovrà essere garantito il rispetto della regolamentazione sulla protezione dei dati sanitari individuali: ad esempio, tali dati potranno essere trasmessi su archivi separati, uno per le variabili anagrafiche ed uno per le variabili residue della prescrizione (variabili sanitarie). Il collegamento dei due archivi è garantito dalle variabili “chiave”.

L'invio dei dati, dalle strutture di erogazione alle rispettive Regioni, dovrà avvenire con periodicità mensile, entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Le Regioni consolideranno gli archivi applicando opportuni controlli di qualità e completezza condivisi e successivamente, entro un ulteriore mese, renderanno disponibili le informazioni agli organi centrali.

Naturalmente, dovrà essere previsto anche un percorso di ritorno delle informazioni dal livello centrale ai livelli regionali/locali, con modalità da definire, non solo per le eventuali necessità di correzione di singoli record (a seguito di controlli di qualità, ad esempio), ma più in generale per un corretto rapporto bidirezionale tra centro e periferia ai fini della condivisione delle informazioni.

Nota Bene 1. Per la definizione di controlli di qualità e completezza condivisi si rimanda alle indicazioni degli organismi centrali

Nota Bene 2. Si segnala che la tempistica di trasmissione qui riportata, a scopo indicativo, si discosta dal percorso attuale previsto dal MEF: anche in questo caso si rimanda alle indicazioni degli organismi centrali.



5 ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI

Il presente documento indica e discute le variabili che il GdLR ritiene indispensabile raccogliere in tema di prestazioni ambulatoriali al fine di costituire un archivio utile al governo del problema a livello nazionale: naturalmente ulteriori informazioni possono essere raccolte ai fini del monitoraggio (o di altre esigenze informative) a livello locale o regionale.

Poiché il flusso informativo qui descritto raccoglie anche informazioni che sono presenti in altri flussi informativi già definiti o in via di definizione a livello centrale si è ritenuto utile non entrare in dettaglio né nel formato delle variabili da rilevare né nelle relative tabelle di riferimento (comuni, ASL, nazioni, strutture di erogazione, ...), anche quando esemplificativamente indicate: la loro elencazione esprime solo il bisogno informativo che si ritiene di assolvere. E' evidente però che **il formato delle variabili e le tabelle di riferimento dovranno risultare omogenee (o compatibili) con gli altri flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), secondo le indicazioni che saranno fornite dagli organismi di coordinamento.**

Analogamente, **le codifiche indicate per le classi di ogni variabile hanno valore puramente indicativo, e rispondono allo scopo primario di segnalare esemplificativamente il contenuto informativo di dettaglio della variabile che si intende rilevare:** è evidente la necessità di adottare schemi di codifica coerenti con gli altri flussi nazionali che rilevano la stessa informazione.

Per lo stesso motivo non si è ritenuto di dettagliare in questo scritto altri elementi caratteristici del flusso informativo quali la definizione formale di un tracciato record e la definizione dei controlli di qualità riferiti al flusso stesso: anche in questo caso si rinvia agli organi di governo centrale del NSIS il compito di fornire indicazioni di merito sulle modalità di raccolta coordinata ed omogenea delle informazioni e sui relativi controlli di qualità.

Per quanto riguarda poi le informazioni che fanno esplicito riferimento alla TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) sono state qui indicate le informazioni che al GdLR risultano fare riferimento a tale tessera allo stato attuale del suo sviluppo: anche in questo caso si rimanda agli organismi di coordinamento del NSIS per una valutazione di merito e di omogeneità.

Si fa presente che le informazioni da rilevare ruotano attorno al concetto di prescrizione (ricetta). La loro strutturazione in tracciato record deve però valutare se utilizzare l'impostazione attualmente in uso nei flussi di mobilità interregionale (impostazione costituita da un record per ogni prestazione, e da un record di chiusura [si veda oltre per alcuni dettagli riferiti a tale impostazione]) ovvero se utilizzare l'impostazione in vigore all'interno di alcune regioni (Lombardia, ad esempio) che prevede l'utilizzo di un unico record per ogni



prescrizione. Ciascuna delle due impostazioni ha pregi e difetti che meriterebbero una discussione: poiché però il problema non è specifico della rilevazione delle prestazioni ambulatoriali ma riguarda anche altri flussi informativi (farmaceutica, ad esempio) si ritiene utile segnalare il problema alle strutture centrali del NSIS aspettando quindi indicazioni dagli organismi di coordinamento.

Il documento dettaglia le informazioni da raccogliere, ed al termine dell'elenco propone anche una suddivisione delle stesse al fine di predisporre (come indicato in precedenza) un tracciato record per le informazioni anagrafiche ed un tracciato per i dati sanitari della prescrizione, tracciati legati tra loro da una chiave di linkage.

- **SESSO UTENTE**

Indicare il sesso dell'utente

1 = maschio

2 = femmina

- **DATA DI NASCITA UTENTE**

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita dell'utente

- **TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE**

Indica il tipo di codice individuale che identifica l'utente

1 = codice fiscale

2 = codice sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente)

3 = codice personale della TEAM

4 = utente con requisiti di anonimato

5 = Altro (straniero pagante in proprio, SASN, ecc.)

- **CODICE IDENTIFICATIVO UTENTE**

Per tutti gli utenti titolari di codice fiscale, rilasciato dal Ministero delle Finanze, registrare il Codice Fiscale stesso. Non è ammessa la registrazione del Codice sanitario regionale.

Per gli stranieri di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5 (ad esempio, straniero non in regola con le norme relative all'ingresso



ed al soggiorno) deve essere riportato il codice a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni dell'UE va inserito il codice personale indicato sulla tessera TEAM e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per il codice dell'utente con diritto di anonimato: registrare con «X» ripetuto tante volte sino al riempimento del campo.

Per il Tipo Identificativo Utente caratterizzato dal valore “Altro” riempire il campo con “Z” ripetuto tante volte sino al riempimento del campo.

- **COMUNE/STATO DI RESIDENZA**

La residenza individua il comune italiano, oppure lo Stato estero, presso il quale l'utente risulta legalmente residente (e NON domiciliato).

Per i cittadini residenti in Italia si fa riferimento al codice dei comuni italiani secondo ISTAT a 6 cifre (3 per la Provincia e 3 per il Comune).

Nel caso di utenti residenti all'estero, codificare 999 + codice a 3 cifre del Paese estero.

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

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

- **ASL DI RESIDENZA**

È l'azienda sanitaria dove si trova il comune (o la zona subcomunale) presso il quale l'utente risulta legalmente residente. Utilizzare il codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986).

Il campo non deve essere compilato per gli utenti residenti all'estero e per i casi in cui si è indicato 999999 nel campo COMUNE/STATO di RESIDENZA

- **CITTADINANZA**

Rileva la cittadinanza dell'utente.

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza

Se l'utente ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta/segnalata dall'utente.

- cittadinanza italiana = 100
- cittadinanza estera = codice a 3 cifre
- apolidi = 999
- sconosciuta = 998



- **NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE DI MALATTIA**

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

- **ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM**

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

- **CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM**

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

- **STATO ESTERO CHE RILASCIA LA TESSERA TEAM**

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

- **MODALITA' DI ACCESSO**

1 = Con ricetta nazionale

2 = Senza ricetta nazionale

- **CODICE RICETTA**

Riportare il numero della ricetta (codice a barre, escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). Nei casi di prestazioni erogate senza la presenza di una ricetta (pronto soccorso, accesso diretto, alcune prestazioni territoriali o domiciliari, ecc), riportare il numero progressivo che identifica univocamente la/e prestazione/i erogata/e all'interno della struttura erogante

- **N. PROGRESSIVO DI RECORD**

(Nota Bene: la presente variabile è necessaria solo nel caso in cui si scelga di strutturare la rilevazione a record multipli per ricetta: un record per ogni prestazione)

Numero progressivo di record all'interno di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 (la prima prestazione della ricetta); il valore 02 identifica la seconda prestazione, ecc.

Deve essere presente un record terminale (ad esempio: record 99) che costituisce l'identificativo di fine ricetta.



Ogni ricetta deve comportare quindi, almeno due righe/record: la riga 01 e la riga 99.

- **POSIZIONE NEI CONFRONTI DEL TICKET**

Identifica la posizione dell'utente nei confronti del ticket.

- 1 = esente ticket
- 2 = non esente ticket
- 9 = non rilevante (esempio: nel caso di utente pagante)

- **TIPO CODICE ESENZIONE**

Indica se si tratta della codifica nazionale o regionale

- 1 = codifica nazionale
- 2 = codifica regionale

- **CODICE ESENZIONE**

Indica la codifica delle esenzioni secondo l'allegato al Decreto Ministeriale 22 luglio 2005 o le esenzioni ulteriori introdotte dalle Regioni/Province autonome.

(Nota Bene. La possibilità data alle regioni/province autonome di definire codici di esenzione locali implica la necessità di fornire indicazioni relativamente alla eventuale transcodifica di tali informazioni ai fini del monitoraggio nazionale)

- **REGIME DI EROGAZIONE**

1 = SSN (comprende tutte le prestazioni che risultano a carico del SSN, include le prescrizioni nei limiti di franchigia). Rientrano sotto questo codice anche le seguenti tipologie:

- prestazioni erogate ad utenti stranieri provenienti da Paesi UE e/o convenzionati con SSN
- prestazioni erogate ad utenti stranieri extracomunitari con dichiarazione di indigenza di cui all'art. 33 della legge 6 marzo 1998, n. 40
- prestazioni rese a detenuti
- prestazioni rese a personale navigante marittimo e dell'aviazione civile (a carico del Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti del Ministero della Salute)

2 = Terzo pagante, senza oneri per il SSN

3 = Solvente (pagante in proprio, prestazione senza oneri per il SSN)



- **LIVELLO DI PRIORITA' DELLA RICHIESTA**

Inserire la priorità indicata sulla ricetta:

U = Urgente: prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile

B = Breve: prestazione da eseguire entro 10 giorni

D = Differita: prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti specialistici

P = Programmata: da eseguire entro 180 giorni.

- **DIAGNOSI O SOSPETTO DIAGNOSTICO DEL MEDICO**

Descrive il problema di salute che motiva l'effettuazione della prestazione.

(Nota Bene. Questa informazione è di interesse anche per altri "progetti mattone", ma al momento non è disponibile uno strumento classificatorio adeguato per la rilevazione della informazione. Risulta quindi necessario sviluppare uno strumento ad hoc, eventualmente da sottoporre anche ad una sperimentazione sul campo. Si ritiene opportuno attendere indicazioni di merito dagli organismi di coordinamento).

- **PRESCRIZIONE SUGGERITA DA SPECIALISTA**

Inserire la lettera S in caso di prescrizione suggerita dallo specialista, se il relativo campo è compilato sulla ricetta

- **CODICE FISCALE SOGGETTO PRESCRITTORE**

Individua il Codice Fiscale del soggetto prescrittore della/e prestazione/i.

(Nota Bene. Poichè questa informazione non è riportata nella ricetta risulta problematica la sua rilevazione da parte delle strutture erogatrici: è necessario che le Regioni/Province Autonome rendano disponibile tale informazione agli erogatori)

- **TIPO SOGGETTO PRESCRITTORE**

Individua la tipologia del soggetto prescrittore:

1 = Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, guardia medica, guardia turistica

2 = Medico specialista dipendente pubblico

3 = Medico specialista convenzionato (ex SUMAI)

4 = Altro: medico INPS, INAIL, Polizia...(prestazioni richieste, ad es. da altre Amministrazioni)

5 = Non pertinente (esempio: pronto soccorso)



- **DATA PRENOTAZIONE**

Deve essere riportata la data di prenotazione della prestazione, ossia la data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione richiedendo la fruizione di una prestazione.

Nel caso di cicli di prestazioni indicare la data di prenotazione della prima prestazione del ciclo.

Per le prestazioni erogate *senza* prenotazione, la “data di prenotazione” *coincide* con la “data di erogazione”.

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **DATA EROGAZIONE PRESTAZIONE/ INIZIO CICLO**

Identifica la data di effettuazione della prestazione. Nel caso di un ciclo riportare la data di inizio ciclo.

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **MODALITÀ DI EROGAZIONE**

Identifica la tipologia dell'ambito di erogazione della prestazione:

1 = Con accesso tramite prescrizione (o altro titolo di accesso)

2 = Con Accesso Diretto

3 = Con accesso tramite Pronto Soccorso

(Nota: Nella voce 1 sono compresi tutti i tipi di accesso ad esclusione di quanto indicato nelle voci 2 e 3)

- **CODICE BRANCA SPECIALISTICA**

Riportare il codice della branca cui fa riferimento la prestazione (DM 22/7/96 e successivi).

- **TIPO LEA**

Indica se la prestazione é inclusa, o meno, nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

1 = LEA nazionali,

2 = LEA regionali/provinciali (esempio: prestazioni Allegato 2B)

- **CODICE DELLA PRESTAZIONE**

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)



- **DATA FINE CICLO**

Identifica la data di chiusura del ciclo di prestazioni

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **QUANTITA'**

Indica il numero di prestazioni effettivamente erogate

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **REGIONE APPARTENENZA STRUTTURA EROGATRICE**

Indica il codice della Regione/Provincia autonoma sede della struttura erogatrice

- **ASL DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA EROGATRICE**

Indica il codice dell'Azienda Sanitaria Locale dove è ubicata la struttura erogatrice.

Si utilizza il codice del Ministero della Salute a 3 cifre

- **CODICE IDENTIFICATIVO STRUTTURA EROGATRICE**

Codice identificativo della struttura che eroga le prestazioni.

Utilizzare il codice della struttura erogatrice previsto dal modello ministeriale STS11 (ovvero la nuova classificazione emergente dal progetto Mattone "Classificazione delle strutture sanitarie")

- **CODICE DISCIPLINA EROGAZIONE**

Inserire il codice di specialità dell'ambulatorio che effettivamente eroga la prestazione secondo l'allegato 1 del DPCM 17 gennaio 1984 integrato con il DM 22/7/96.

(Nota Bene. Nel tracciato record MEF è identificato con la variabile "codice reparto")

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **TIPOLOGIA DI STRUTTURA EROGANTE**

Indica la tipologia della struttura erogatrice:

1 = intra ospedaliera pubblica

2 = intra ospedaliera privata



3 = extra ospedaliera pubblica

4 = extra ospedaliera privata

- **TIPOLOGIA AMBULATORIO**

Indica la tipologia di struttura ambulatoriale erogante

- **DATA DI REFERTAZIONE**

Identifica la data di rilascio del referto

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **IMPORTO LORDO DELLA PRESTAZIONE EROGATA**

Si rileva l'importo lordo della prestazione erogata, calcolato dal prodotto tra la tariffa del nomenclatore vigente e la quantità di prestazioni erogate.

(Nota Bene. Da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)

- **IMPORTO TOTALE NETTO DELLE PRESTAZIONI**

Rileva l'importo della prescrizione erogata al netto della eventuale compartecipazione del cittadino (ticket).

(Nota Bene. Nel caso di impostazione a record multipli per prestazione, il valore di questa variabile dovrà essere riportato solo nella riga/record di chiusura della prescrizione)

- **IMPORTO TICKET**

Importo pagato dall'utente per singola prescrizione (ricetta)

- **TIPO RICETTA**

Codice identificativo di una ricetta per soggetti stranieri o naviganti (Inserire se il relativo campo è compilato nella ricetta):

EE = Assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno

UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno

NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale

ND = Assistiti SASN con visita domiciliare

NE = Assistiti da istituzioni estere

NX = Assistito SASN extraeuropeo



ST = Straniero in temporaneo soggiorno

Per gli assistiti SSN residenti il campo non va compilato.

- **TIPO MOVIMENTO**

Consente di distinguere i record inviati per la prima volta da quelli già presenti in archivio.

1 = record inviato per la prima volta

2 = correzione di un record già inviato in precedenza

3 = annullamento di un record già presente nell'archivio



6 TRACCIATO RECORD

I tracciati delle variabili anagrafiche e delle variabili sanitarie devono essere uniti dalle variabili chiave, che sono:

1. regione appartenenza struttura erogatrice
2. ASL di appartenenza della struttura erogatrice
3. codice ricetta

TRACCIATO DELLE VARIABILI ANAGRAFICHE

Descrizione variabile	Obbligatorietà del campo
SESSO UTENTE	SI
DATA DI NASCITA UTENTE	SI
TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE	SI
CODICE IDENTIFICATIVO UTENTE	SI
COMUNE/STATO DI RESIDENZA	SI
ASL DI RESIDENZA	SI
CITTADINANZA	SI
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE DI MALATTIA	
ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM	
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM	
STATO ESTERO CHE RILASCI LA TESSERA TEAM	

**TRACCIATO DELLE VARIABILI SANITARIE**

Descrizione variabile	Obbligatorietà del campo
MODALITA' DI ACCESSO	SI
CODICE RICETTA	SI
N. PROGRESSIVO DI RECORD (nel caso di rilevazione a record multipli)	SI
POSIZIONE NEI CONFRONTI DEL TICKET	SI
TIPO CODICE ESENZIONE	SI
CODICE ESENZIONE	SI
REGIME DI EROGAZIONE	SI
LIVELLO DI PRIORITA' DELLA RICHIESTA	
DIAGNOSI O SOSPETTO DIAGNOSTICO DEL MEDICO	
PRESCRIZIONE SUGGERITA DA SPECIALISTA	
CODICE FISCALE SOGGETTO PRESCRITTORE	SI
TIPO SOGGETTO PRESCRITTORE	SI
DATA PRENOTAZIONE (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	SI
DATA EROGAZIONE PRESTAZIONE/ INIZIO CICLO (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	SI
MODALITA' DI EROGAZIONE	SI
CODICE BRANCA SPECIALISTICA	SI
TIPO LEA	SI
CODICE DELLA PRESTAZIONE (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	SI
DATA FINE CICLO (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	
QUANTITA' (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	SI
REGIONE APPARTENENZA STRUTTURA EROGATRICE	SI
ASL DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA EROGATRICE	SI
CODICE IDENTIFICATIVO STRUTTURA EROGATRICE	SI
CODICE DISCIPLINA EROGAZIONE (NB: CODICE REPARTO PER MEF)	SI



TIPOLOGIA DI STRUTTURA EROGANTE	SI
TIPOLOGIA AMBULATORIO	SI
DATA DI REFERTAZIONE (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	
IMPORTO LORDO DELLA PRESTAZIONE EROGATA (da ripetere per tutte le prestazioni della ricetta)	SI
IMPORTO TOTALE NETTO DELLE PRESTAZIONI	SI
IMPORTO TICKET	SI
TIPO RICETTA	
TIPO MOVIMENTO	SI



7 CONCLUSIONI

Come si è già osservato in precedenza, l'analisi condotta dal GdLR è stata indirizzata all'esame di tutte le proposte di flusso informativo sulle prestazioni ambulatoriali attive nel territorio del nostro paese (a livello nazionale oppure locale-regionale): le indicazioni fornite nel presente documento rappresentano le conclusioni raggiunte dal GdLR, conclusioni che si possono scostare (in maniera a volte lieve ed a volte rilevante) dai flussi esistenti, anche da quelli che hanno già un respiro nazionale (si pensi alla sperimentazione del set minimo del NSIS ed al tracciato record stabilito dal Ministero dell'Economia).

A completamento del lavoro effettuato per la definizione del tracciato record proposto nel presente documento, sono state valutate anche le seguenti variabili:

- “Regione di assistenza dell'utente”: indica la regione di appartenenza della ASL di iscrizione (Nota Bene: il tracciato del MEF prevede di rilevare la variabile “Provincia di assistenza dell'utente” qualora indicata in ricetta). Il GdLR ritiene di non rilevare questa variabile in quanto ai fini della compensazione della mobilità è necessario solo il comune di residenza dell'assistito
- “ASL di assistenza dell'utente”: si veda quanto detto sopra
- “Data della prescrizione” (variabile prevista nel tracciato del MEF): indica la data in cui il prescrittore compila la prescrizione. Il GdLR ritiene di non rilevare questa variabile per evitare un aggravamento non necessario degli oneri di rilevazione. Ai fini della valutazione dei tempi di attesa il relativo Progetto Mattone ritiene non necessaria tale informazione in quanto è sufficiente la rilevazione della data di prenotazione. Potrebbe essere eventualmente interessante rilevare la data della prescrizione a livello regionale/provinciale per verificare la validità dell'esenzione dell'utente o la scelta/revoca del MMG.
- “N. progressivo di record”: come già discusso, la necessità di utilizzare questa variabile dipende dalla struttura che assumerà il tracciato record, ed in particolare il formato a record unico per prescrizione ovvero a record multiplo per prescrizione.
- Il GdLR ha valutato la possibilità di includere nella rilevazione, oltre alla “Data di Refertazione”, anche la “Diagnosi di Refertazione”. Tale informazione ovviamente potrà risultare disponibile solo per quelle prestazioni che ammettono una diagnosi di refertazione. La rilevazione della informazione implica la definizione della relativa codifica nonché l'indicazione di quando questa variabile andrebbe obbligatoriamente rilevata. In considerazione dell'impegno che richiede la rilevazione della variabile il GdLR suggerisce un ulteriore approfondimento istruttorio per valutare l'effettiva utilità/informatività della sua raccolta.



TIPOLOGIA AMBULATORIO

Tra le variabili da rilevare il presente documento indica anche la tipologia di struttura ambulatoriale erogante (TIPOLOGIA AMBULATORIO). Ciò è stato suggerito dall'esigenza di tenere conto delle attività in corso in merito alla definizione di differenti tipologie di strutture ambulatoriali (mattone “Strutture”, documento sulla Chirurgia ambulatoriale, ...). Poiché tali attività risultano al GdLR ancora in corso, non è possibile definire il contenuto specifico della variabile, ed in particolare le sue classi.