

DRG e Descrizione
39 - Interventi sul cristallino ...
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti ...
503 - Interventi su ginocchio
270 - Altri interventi sulla pelle, ...
6 - Decompressione tunnel carpale
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia

L'introduzione del Day Service ambulatoriale ospedaliero(DSAO) si configura come una innovativa modalità organizzativa posta sulla linea di confine tra il ricovero e l'ambulatorio tradizionale, finalizzata alla gestione operativa di questi clinici, che, pur necessitando di prestazioni plurime e multidisciplinari, non richiedono osservazione prolungata del paziente, potendo essere erogate in un setting che consente un migliore utilizzo delle risorse a disposizione ed un conseguente contenimento dei costi. (fare meglio al costo minore).

➤ Il Day Service Ospedaliero deve essere attivato in tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate a partire dalla data di pubblicazione del D.A. 875/09 prevista per il 3 luglio 2009.

➤ In prima applicazione l'attivazione del DSAO deve essere rivolta alle patologie che afferiscono ai sottocategori DRG (cinque chirurgici ed uno medico):

Argomento: Indirizzi sull'applicazione del D.A. 0875/2009 "DAY SERVICE nelle strutture ospedaliere pubbliche e private"

Alle Aziende Sanitarie Territoriali, Ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCCS e Ospedali Classificati della Regione
All'AIOP
LORO SEDE

Carabinieri
2009

Prot. n. 0275

Assessorato alla Sanità
Dipartimento Pianificazione Strategica



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

21/2185/50
09.07.09

del 08 LUG 2009

11/12 SAN
8/12/09

10 LUG. 2009
P.L. 8380
Codice fiscale 80012000826
Partita IVA 02711070827

Requisiti organizzativo-funzionali

Nella fase di avvio, l'attività del Day Service è riservata alle sole strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, tenuto conto che un valido riferimento per il suo funzionamento è rappresentato dai modelli organizzativi sperimentati per il ricovero diurno Day Hospital/ Day Surgery (DH/DS).

D'altra parte, la peculiarità di alcune patologie, già trattate in DH/DS, ne permette un adeguata gestione in regime di Day Service Ospedaliero solo presso una struttura ambulatoriale in un contesto assistenziale dove è possibile contare su:

- presenza contemporanea di più specialisti in grado di assicurare una risposta clinica multidisciplinare;
- possibilità di effettuare, all'interno della stessa struttura ospedaliera, indagini e/o interventi terapeutici di competenza di diverse discipline specialistiche (unica struttura erogatrice);
- disponibilità di adeguate tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- gestione unitaria del paziente da parte dello specialista che lo ha preso in carico;
- rapida formulazione di una diagnosi e/o effettuazione di una terapia in un numero limitato di accessi.

Sono quindi abilitate all'erogazione del PAC del DSAO le strutture che :

- a) svolgono attività di ricovero in regime ordinario e di DH,
- b) hanno attivo un ambulatorio nella specifica branca di riferimento,
- c) hanno una significativa casistica riferita alla patologia relativa al PAC.

Per l'attivazione del Day Service deve farsi riferimento, quindi, al supporto strutturale ed organizzativo già operante nei DH esistenti, non essendo prevista alcuna implementazione dell'organico assistenziale, né di particolari requisiti impiantistici e/o logistici.

Modalità di accesso e gestione

Il paziente su prescrizione del medico specialista ospedaliero o delle strutture private accreditate, che ha verificato la sussistenza dei criteri di ammissione al PAC, di cui in dettaglio nel D.A. 875/09, verrà inserito in un'apposita lista di attesa relativa al Day Service, gestita con le medesime modalità del ricovero in DH.

➤ PAC 39, 266, 503, 279, 6. L'accesso al Day Service avverrà in modo programmato (escluso il trattamento di eventuali emergenze-urgenze), attraverso l'attivazione da parte dello specialista di riferimento (specialista in oculistica, ortopedia, dermatologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, dermatologia) della "scheda di prenotazione di attivazione PAC", di cui si allega un modello (allegato 1), che conterrà le informazioni anagrafiche ed i recapiti del paziente ed il tipo di intervento programmato, che potrà, comunque, subire variazioni in rapporto alle caratteristiche stesse del paziente.

Al paziente verrà consegnato un foglio con la data in cui è stato prenotato, la previsione del tempo di attesa e il medico referente che ha prenotato il PAC.

➤ PAC 410: in analogia al PAC chirurgici, l'accesso al DSAO sarà programmato dallo specialista ospedaliero o di una struttura privata accreditata (ematologo, oncologo o altri specialisti che hanno già svolto attività clinica in DH che produce la diagnosi principale afferente al DRG 410), utilizzando la scheda di prenotazione, di cui sopra.

- Nel giorno di convocazione stabilito, il **Medico Referente**, che ha preso in carico il paziente, in base alle risultanze della visita medica, prescriverà le prestazioni necessarie, selezionandole dalla rispettiva lista prevista per il PAC di riferimento, fermo restando l'impegno ad evitare la ripetizione di indagini recentemente eseguite ed esibite dal paziente in sede di primo accesso.
- Il **tempo massimo** tra l'apertura del PAC e la relazione finale dovrà corrispondere di norma ad un mese per i DRG chirurgici; concentrando gli appuntamenti in maniera da prevedere per il paziente il minor numero di accessi necessario all'effettuazione delle prestazioni che comporranno il PAC. Per il PAC410 di norma sono previsti non più di sei mesi.

Documentazione

Il **Medico Referente** gestirà la documentazione clinica allivando una cartella ambulatoriale sulla quale annoterà tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

La **Cartella Clinica Ambulatoriale**, oltre ai dati anagrafici e clinici del singolo paziente, deve contenere:

- il programma assistenziale
- copia dei referti relativi alle indagini effettuate
- copia delle relazioni di eventuali consulenze
- copia della relazione finale

la scheda di dimissione ambulatoriale (SDAO), di cui si allega un modello preliminare (Allegato 2), che contiene tutte le informazioni salienti, relative al paziente, nonché i dati da trasmettere ai fini informativi.

Concluso il PAC, la **Cartella Clinica Ambulatoriale** verrà archiviata e custodita, per un periodo di almeno cinque anni, nel rispetto delle modalità che ne consentano la tracciabilità e, a richiesta da parte dell'assistito, l'eventuale riproduzione.

Per quanto riguarda la documentazione iconografica, come previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 14/02/97, questa verrà affidata in custodia ai pazienti, facendo loro carico di renderla "disponibile per successive esigenze mediche".

Al termine del percorso assistenziale, a cura del **Medico Referente**, verrà redatta una relazione conclusiva (comprensiva dei risultati delle indagini praticate, della sintesi clinica, della diagnosi e degli eventuali indirizzi terapeutici) da consegnare al paziente.

Flusso informativo

Ai fini della trasmissione dei dati al sistema informativo regionale, si allega alla presente circolare la modrica sul Flusso C (definito Flusso "C"/Day Service), che consentirà di monitorare l'attività in DSAO e le prestazioni relative ai singoli PAC (Allegato 3), compresa l'attivazione del File T.

Nel Flusso informativo "C"/Day Service, nell'apposito spazio relativo al "Numero ricetta" è stato aggiunto il codice a nove cifre con le stesse modalità che regolano la trasmissione delle prestazioni ambulatoriali. Per esempio il PAC20090000000001 è il PAC relativo al 2009, numero 1 pro-

gressivo. Nel campo relativo a "Codifica diagnosi" verrà trascritto il codice alphanumerico a cinque caratteri UBIB ICD9CM in vigore.

Modalità applicativa per i DRG di cui al D.A. 875/09

PAC P 39: Intervento di cataratta

E' previsto nel DA di trasferire almeno il 70% delle prestazioni erogate in regime di ricovero in DSAO, con un'unica tariffa omnicomprensiva che remunererà gli oneri gestionali sostenuti ed includa al suo interno le indagini di laboratorio e i necessari esami diagnostici, la visita pre e post intervento, la visita anestesiologica, la disponibilità dell'anestesista in corso di intervento e la lena in-traocularare.

Potranno continuare ad essere trattati in regime di ricovero ordinario o diurno, nei limiti massimi del 30%, quei pazienti che presentino, documentalmente, condizioni tali da sconsigliarne il trattamento in DSAO, come riportato in dettaglio nel D.A. (nel caso del regime ordinario il numero dei ricoveri non dovrà superare il 30% del numero medio dei pazienti trattati nell'ultimo triennio).

PAC P 503 Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione

E' previsto nel DA di trasferire almeno il 70% delle prestazioni erogate in regime di ricovero in DSAO, definendo una tariffa omnicomprensiva che remunererà gli oneri gestionali sostenuti ed includa al suo interno le indagini di laboratorio e i necessari esami diagnostici, la visita pre e post intervento, la visita anestesiologica, la presenza dell'anestesista in corso di intervento.

Potranno continuare ad essere trattati in regime di Day Hospital o di Degenza Ordinaria i pazienti che presentino, documentalmente, condizioni tali da sconsigliarne il trattamento in DSAO, come in dettaglio nel DA e i pazienti da sottoporre come diagnosi principale a ricostruzione dei legamenti, intervento di maggiore complessità e che implica un maggiore impegno assistenziale. Così come previsto nella "Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari", ICD9 vigente, saranno identificati i codici V da utilizzare per l'identificazione di tali pazienti attraverso un Gruppo di Lavoro costituito da specialisti Ortopedici, rappresentativi della regione.

PAC P 6 Decompressione tunnel carpale

E' previsto nel DA di trasferire almeno il 70% delle prestazioni erogate in regime di ricovero in DSAO, definendo una tariffa omnicomprensiva che remunererà gli oneri gestionali sostenuti ed includa al suo interno le indagini di laboratorio e i necessari esami diagnostici, la visita pre e post intervento, la visita anestesiologica, la disponibilità dell'anestesista, Potranno continuare ad essere trattati in regime di ricovero ordinario o diurno, nei limiti massimi del 30%, quei pazienti che presentino, documentalmente, condizioni tali da sconsigliarne il trattamento in DSAO, come riportato in dettaglio nel D.A. (nel caso del regime ordinario il numero dei ricoveri non dovrà superare il 30% del numero medio dei pazienti trattati nell'ultimo triennio)

Gli eventuali ricoveri eccedenti, relativi ai 3 DRG sopraelencati, saranno declassati e le rispettive prestazioni saranno considerate erogate in regime di Day Service e remunerate applicando la tariffa prevista per il rispettivo PAC.

PAC P 266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamento eccetto per ulcere della pelle/ecchilite

Si potrà continuare ad effettuare il ricovero in DS di tali patologie per non oltre il 10% dei ricoveri effettuati nel corso del precedente anno, riservandolo, in particolare, a pazienti che, documentalmente, presentino le caratteristiche riportate nel D.A.

Anche in questo caso i ricoveri eccedenti saranno assimilati a PAC e remunerati applicando le rispettive tariffe.

PAC P 270 Altri interventi sulla pelle, tessuto sottocutaneo e mammella
Pur potendosi le patologie ad essi riferite trattare, quasi esclusivamente in regime di chirurgia ambulatoriale, si procederà egualmente al loro trasferimento in DSAO. Si potrà continuare ad effettuare il ricovero in DS di tali patologie per non oltre il 10% dei ricoveri effettuati nel corso del precedente anno, riservandolo, in particolare, a pazienti che, documentalmente, presentino le caratteristiche riportate nel D.A.
Anche in questo caso i ricoveri eccedenti saranno assimilati a PAC e remunerati applicando le rispettive tariffe.

PAC P DRG 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia
Per quanto riguarda i DRG's della bozza di DPCM 2008, è obiettivo della medesima il trasferimento in Day Service del 70% dei ricoveri complessivi afferenti al DRG 410 (Chemioterapia), riservando ai particolari condizioni cliniche tali da richiedere assistenza continuativa o candidati a trapianto, così come specificato negli allegati tecnici al D.D.A.A. in tema di Rimodulazione della Rete Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata. Come previsto nella "Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari", ICD9 vigente, saranno identificati i codici V da utilizzare per l'identificazione di tali pazienti attraverso un Gruppo di lavoro, costituito da specialisti Oncologi ed Ematologi, rappresentativi della Regione. Tali codici sono consigliati dalla stessa classificazione per l'identificazione del "paziente portatore di una neoplasia già diagnosticata, che è ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia o a radioterapia".

Valutazione e monitoraggio

L'impatto che avrà la nuova modalità assistenziale sull'appropriatezza organizzativa sarà valutato a posteriori.
È previsto infatti un monitoraggio delle attività di day service con appositi controlli da effettuare nell'ambito del STR. Il controllo verterà sulla definizione del grado di deospedalizzazione con l'introduzione del PAC, sull'analisi dell'appropriatezza delle prestazioni, al fine di prevenire comportamenti opportunistici, possibile causa di un uso inappropriato del DSAO.
All'uopo sarà istituito presso il Dipartimento per la Pianificazione Strategica di questo Assessorato un apposito gruppo di lavoro, che, avvalendosi del contributo di tavoli di confronto costituiti da specialisti del settore sia pubblico che privato, oltre ad individuare ulteriori PAC, analizzerà le eventuali criticità derivanti dal trasferimento al nuovo regime organizzativo-assistenziale delle patologie riferite ai DRG di cui al Decreto, individuando possibili soluzioni.

In conclusione, va sottolineato come la condivisione dell'obiettivo del contenimento dei costi e l'ottimizzazione delle risorse tra tutti gli attori del sistema abbia valenza strategica rappresentando un presupposto fondamentale per il raggiungimento e il consolidamento di questo modello assistenziale in forza del quale potrà essere data una risposta puntuale ed efficace ai bisogni assistenziali della collettività.

La presente circolare, finalizzata ad uniformare l'applicazione della nuova modalità assistenziale (DSAO) relativamente ai DRG sopra indicati, interviene anche per definire, in termini percentuali, l'entità delle prestazioni da trasferire nelle varie modalità assistenziali, superando eventuali contraddizioni precedenti o presenti in altri decreti.

Il Dirigente Generale
Dott. Maurizio Guizzardi

SCHEDA PRENOTAZIONE DAY SERVICE Data: _____
ATTIVAZIONE DSAO ☐ PAC Numero ☐ ☐ ☐

Tipo di struttura	Denominazione	Codice regionale
AO		
Presidio Ospedaliero		
Casa di Cura privata accreditata		
Struttura ospedaliera equiparata		

COGNOME _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ n _____
RECAPITI TELEFONICI _____ / _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____ Eta _____ CF _____
Diagnosi principale: _____

Presenza di comorbidità No ☐ Si ☐
Se si specificare 1) _____
2) _____ etc _____
Dati di laboratorio esibiti rilevanti, per l'esecuzione o eventuale controindicazione o eventuale
terapia di supporto del programma terapeutico, (per es. Piastrine < 50.000/mm³; AP 40%,
per eventuale indicazione a pappe plastriniche o emoderivati):
Se si specificare 1) _____
2) _____ etc _____

Motivo del ricovero/ piano iniziale (indicare procedure diagnostiche e/o terapeutiche propo-
etc) _____
/ _____

Ultima terapia praticata: _____
con particolare attenzione all'uso di:
Aspirina ☐ Si ☐ No
Dicumarolo ☐ Si ☐ No
Cortisonici ☐ Si ☐ No
Terapia immunosoppressiva ☐ Si ☐ No

Allergie, intolleranza a farmaci No ☐ Si ☐
Se si specificare 1) _____
2) _____ etc _____

Altre informazioni rilevanti _____

Timbro e firma del medico _____

Codice fiscale 80012000826
Partita I.V.A. 02711070827
Allegato 2
SCHEDA DIMISSIONE AMBULATORIALE OSPEDALIERA (SDAO)

Day Service Ambulatoriale Ospedaliero.
Codice Struttura

Numero progressivo Prestazione Ambulatoriale Complessa (a cura del SIS)

P A C 2 0 0 9

Numero diagnosi princ-pale (5 caratteri)
apertura ggmmaaaa
chiusura ggmmaaaa

DRG (non più di 3 caratteri)
Cognome
Nome

Diagnosi di accettazione

Patologia associata

Patologia associata

Patologia associata

Allergia a Farmaci

se si quali

Medico referente (nome e cognome)

Esami strumentali
codice
data
data
data

Ecocardiogramma (esempio)

00/00/00

Rx Torace (esempio)

00/00/00

Procedura eseguita
codice

Nominativo/ qualifica operatore
Mario Rossi
Dir. Medico Oncologo

Nominativo/ qualifica operatore

Giulia Bianchi

Int. Professionale

Eventuali note o complicanze precoci

Diagnosi di dimissione

Giorno e Ora inizio procedura

Ora fine

- eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate

- tipo di anestesia

Esito

Dimesso

Trasferito in de-

genza
Altro, specificare

File T attivato Si ☐ No ☐

Timbro e firma del medico

Allegato 3

FLUSSO "C"/DAY SERVICE: ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Premessa

Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali appartenenti al mese quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese di riferimento, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket). Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal presente decreto, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate**Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)**

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

Codice Azienda Sanitaria (alfanumerico, tre caratteri, OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice della prestazione (Azienda Ospedaliera o Azienda USL). I tre caratteri sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale. Esempio: 901, 101.

Codice regionale struttura erogatrice STS1 (alfanumerico, sei caratteri, OBB)

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

Codice branca (alfanumerico, due caratteri, OBB)

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

TABELLA CODICI BRANCHE SPECIALISTICHE

Codice	Descrizione branca specialistica
01	Anestesia
02	Cardiologia
03	Chirurgia generale
04	Chirurgia plastica
05	Chirurgia vascolare - Angiologia
06	Dermosifilopatia
07	Diagnostica per immagini-Medicina nucleare
08	Diagnostica per immagini-Radiologia diagnostica
09	Endocrinologia
10	Gastroenterologia - chir. ed Endoscopia Digestiva
11	Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche - virologia- anatomia e istologia patologica - genetica - immunoelettologia e serv. trasfusionale
12	Medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale dei moti e neurolesi
13	Neftologia
14	Neurochirurgia
15	Neurologia
16	Oculistica
17	Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale
18	Oncologia
19	Ortopedia e traumatologia
20	Ostetricia e ginecologia
21	Otorinolaringoiatria
22	Pneumologia
23	Psichiatria
24	Radioterapia
25	Urologia
26	Altro
27	Allergologia
28	Diabetologia
29	Medicina dello sport
30	Reumatologia

Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

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

Cognome uiente (alfanumerico - trenta caratteri - FAC)
Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò

Codice fiscale 80012000826
Partita I.V.A. 02711070827

per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - FAC)

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

Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Indicare il Codice Fiscale composto da 16 caratteri.

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

Sesso dell'utente (alfanumerico, un carattere, FAC)

Codifica da utilizzare:

1. = maschio;

2 = femmina.

Data nascita dell'utente (alfanumerico, otto caratteri, FAC)
Formato GGMMAAAA.

Comune di residenza (alfanumerico, sei caratteri, OBB)
Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXXXOOO.

Azienda Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico, tre caratteri, OBB)
Codice Azienda USL di residenza.

Data di prenotazione (alfanumerico, otto caratteri, FAC)
Considerare quale data di prenotazione il giorno nel quale il paziente viene inserito nella lista di attesa.

Numero ricetta (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). In caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso e di ricette che non hanno numero deve essere seguita la seguente procedura di codifica: tre lettere che identificano la tipologia dell'accesso o della ricetta, seguite dall'anno scritto per intero (2005), seguite da un numero progressivo di 9 caratteri secondo la codifica di seguito riportata:

ACPD2005000000000 in caso di prestazioni ad accesso diretto
PSO2005000000000 in caso di prestazioni specialistiche richieste dal pronto soccorso
CBE2005000000000 in caso di ricette di assistiti CBE
CON2005000000000 in caso di ricette di consultori
GRA2005000000000 in caso di ricette di ricettario gravidanza fisiologica
MAR2005000000000 in caso di ricette di cassa marittima
SER2005000000000 in caso di ricette di SERT
ALT2005000000000 in caso di ricette di altre fattispecie
PAC20090000000001 in caso di ricette PAC

Progressivo riga per riga (alfanumerico - due caratteri - OB)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.
Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e contenute nelle informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record "99" deve essere sempre presente e costituisce identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto.
Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record. La riga 01 comporta che i campi "Data", "Codice prestazione" e "Quantità" siano valorizzati mentre i campi "Importo ticket", "Posizione ticket" e "Posizione contabile" non sono valorizzati. La riga "99" comporta una valorizzazione inversa.

Codifica diagnosi (alfanumerico - cinque caratteri - OB)
Utilizzare la classificazione ICD9CM in vigore.**Data erogazione della prestazione** (alfanumerico - otto caratteri - OB)

Formato GGMMAAAA. Si riferisce alla data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di ciclo si deve riportare la data di chiusura ciclo.

Codifica nomenclatore (alfanumerico - un carattere - OB)

Codificare con "N" se si utilizzano codifiche nazionali; "X" se si utilizzano codifiche regionali; Utilizzare "X".

Codice prestazione (alfanumerico - sette caratteri - OB)

Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario in uso. Il codice deve essere inserito senza i punti separatori (Es: 8819; 88211).

Quantità (numerico - tre caratteri - OB)

I di default; se si tratta di cicli, indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.

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

Usare la seguente codifica:

1=esente;

2=non esente.

Codice Esenzione (alfanumerico - sei caratteri - OB)

Questo campo va compilato solo se il paziente gode dell'esenzione ticket, codice 1 alla variabile Posizione utente nei confronti del ticket.

Vedi tabella allegata.

Importo ticket (alfanumerico - sette caratteri - OB)

Importo del ticket. Valorizzare sempre a 0, tranne che nella riga "99" dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket. Il campo deve essere allineato a destra; le cifre non significative devono essere impostate con valore "0". L'importo in euro deve essere riportato con la virgola (la virgola è uno dei sette caratteri) e i due decimali devono essere obbligatoriamente riportati nelle ultime due posizioni del campo, il simbolo € non va riportato (Es.: 2000,65; 0010,00).

Codice fiscale 80012000826
Partita I.V.A. 02711070827

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

Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Codici per l'invio delle prestazioni:

1=prestazione appartenente al periodo di competenza;

2=prestazione recuperata dal periodo precedente;

3=prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

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

Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB)

Essem- pio di identificativo record: ANNO (2005) AZIENDA (101) STRUTTURA (600200) PROGRESSIVO ANNUALE RICETTA (0000001)

Campo vuoto (alfanumerico - quattordici caratteri - FAC)

Tracciato record flusso "C/DAY SERVICE": specialistica ambulatoriale
TABELLA: flusso "C" - Tracciato record attività specialistica ambulatoriale

Campo	Posizione	Descrizione campo	Tipo	Lunghezza
1	1-3	Codice Regione	AN	3
2	4-6	Codice Azienda Sanitaria	AN	3
3	7-12	Codice Regionale struttura erogatrice (STS11)	AN	6
4	13-14	Codice branca	AN	2
5	15-30	Codice Medico prescrittore	AN	16
6	31-60	Cognome utente	AN	30
7	61-80	Nome utente	AN	20
8	81-96	Codice fiscale utente	AN	16
9	97	Sesso utente	AN	1
10	98-105	Data nascita utente	AN	8
11	106-111	Comune di residenza	AN	6
12	112-114	U.S.L. di residenza	AN	3
13	115-122	Data di prenotazione	AN	8
14	123-138	Numero ricetta	AN	16
15	139-140	Progressivo riga per ricetta	AN	2
16	141-145	Codifica diagnosi	AN	5
17	146-153	Data erogazione della prestazione	AN	8
18	154	Codifica nomenclatore (N/x)	AN	1
19	155-161	Codice prestazione	AN	7
20	162-164	Quantità	N	3
21	165-166	Posizione Ticket	AN	2
22	167-172	Codice Esenzione	AN	6
23	173-179	Importo Ticket	AN	7
24	180-187	Importo totale	AN	8
25	188-188	Posizione contabile	AN	1
26	189-208	Identificativo record	AN	20
27	209-222	Campo vuoto	AN	14

Totale Lunghezza Record: 222

Note: Formato

AN:

alfanumerico

N:

numerico