

ALLEGATO 1

-

***Specifiche tecniche per la compilazione e le
modalità di invio a Regione Liguria dei dati
relativi alle
prestazioni specialistiche ambulatoriali
e di diagnostica strumentale***

Versione valida per l'invio dati a partire dal 1° Gennaio 2010

1.1 Indicazioni di carattere generale	3
1.2 Modifiche rispetto alla versione precedente.....	3
2.1 Flusso informativo	5
2.2 Frequenza di invio dei dati.....	5
2.3 Standard di codifica dei nomi dei file.....	5
2.4 Modalità di invio dei dati.....	6
2.5 Lettera di accompagnamento dei dati da parte delle Aziende	7
2.6 Modalità di invio delle comunicazioni e della reportistica di ritorno da Regione Liguria	7
2.7 Struttura degli archivi da inviare	9
2.8 Ulteriori precisazioni sul significato di alcuni campi.....	16
4.1 Controlli preliminari bloccanti.....	26
4.2 Ulteriori controlli sui dati acquisiti	28
4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati	28
4.3 Compensazione interregionale	30
4.4 Riconoscimento economico delle prestazioni rese ai residenti liguri	31
4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati	32
5.1. Report di ritorno	48
5.1.1 Controlli preliminari bloccanti.....	48
5.1.2 Analisi della qualità globale dei dati	48
5.1.3 Compensazione interregionale	48
5.1.4 Riconoscimento economico delle prestazioni	48
5.2. File di ritorno	50
5.2.1 File delle anomalie rilevate nella fase di Controlli della Qualità Globale dei Dati (cod.int.D02)	50
5.2.2 File delle anomalie rilevate nella fase di Compensazione Interregionale (codici int. D06, DD2).....	50
5.2.3 File delle anomalie rilevate nella fase di Costituzione della base dati Contabile	52
5.2.4 File a valenza contabile e file a valenza statistico epidemiologica	52
5.2.4.1 File previsionali a valenza contabile relativi a soggetti liguri per le Aziende invianti (cod. interno DE4)	52
5.2.4.2 File previsionali a valenza contabile relativi a soggetti di altre regioni inviati alle Aziende invianti	52
5.2.4.3 File consolidati a valenza contabile prodotti per le Aziende invianti	54
5.2.4.4 File a valenza contabile inviati alle ASL di residenza degli assistiti.....	54
5.2.4.5 File a valenza statistico-epidemiologica prodotti per le Aziende invianti	54
5.2.4.5 File a valenza statistico-epidemiologica inviati alle Asl di residenza degli assistiti.....	54
5.3 Report di controllo congruenza tra flusso di Pronto Soccorso e flusso della Specialistica ambulatoriale	58

1. GENERALITÀ

1.1 Indicazioni di carattere generale

I dati richiesti da Regione Liguria alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere in questa rilevazione dati sono le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale erogate in regime ambulatoriale ai cittadini liguri e non liguri dalle strutture pubbliche e dalle private accreditate e con contratto di convenzione (per brevità nel seguito indicate anche con private accreditate).

Devono essere incluse: l'attività di dialisi e le prestazioni rese in Pronto Soccorso se non seguite da ricovero, le prestazioni di Osservazione Breve Intensiva sia che siano o non siano seguite da ricovero.

Sono escluse invece dal presente contesto le prestazioni erogate in regime di ricovero, le prestazioni rese in Pronto Soccorso seguite da ricovero, le prestazioni ambulatoriali che precedono i ricoveri ospedalieri erogate in pre-ricovero, i pacchetti ambulatoriali complessi (PAC).

La struttura della base dati e le regole di codifica derivano storicamente dal debito informativo stabilito a livello interregionale per la notifica degli addebiti delle prestazioni specialistiche.

Ad integrazione di questo nucleo di informazioni sono richiesti alcuni dati aggiuntivi necessari in sede regionale a fini economici, statistici e programmatori.

I dati relativi a prestazioni per residenti in altre regioni sono utilizzati da Regione Liguria per attivare la procedura di compensazione della mobilità sanitaria inter-regionale, che prevede interscambio dei dati tra le regioni e l'invio di prospetti riepilogativi tra le regioni ed il Ministero della Salute.

I dati relativi a prestazioni per residenti liguri sono invece utilizzati, insieme ai precedenti, per alimentare la base dati epidemiologica e contabile di cui alla Circolare Regionale N 213/102032 del 17/07/2001 per la valutazione economica dell'attività delle Aziende, oltre che a fini statistico-programmatori.

I dati inviati da ciascuna Azienda Sanitaria Locale devono comprendere tutte le prestazioni erogate dalle eventuali strutture private accreditate situate nel territorio della ASL stessa con esclusione delle prestazioni relative a residenti in altre ASL liguri. Devono altresì comprendere le prestazioni erogate da strutture private accreditate non ubicate nel territorio della ASL relative a residenti nella ASL stessa e a questa direttamente fatturate.

Ogni ASL trasmetterà a Regione Liguria tali prestazioni unitamente ai dati delle proprie strutture pubbliche.

1.2 Modifiche rispetto alla versione precedente

Le modifiche contenute nella presente versione rispetto alla precedente, che risale al Giugno 2004, sono riconducibili alla applicazione del DM 17 Dicembre 2008

"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13-1-2009).

In particolare le novità introdotte adeguano il flusso alle necessità informative del disciplinare tecnico collegato al DM – sezione Pronto Soccorso.

La applicazione del DM induce modifiche anche al flusso già esistente del Pronto Soccorso (modelli PA e PC), tale modifiche sono descritte in una nuova apposita versione delle specifiche tecniche di tale flusso.

La adozione delle modifiche e la introduzione dei nuovi campi da rilevare rispecchia il Piano di Adeguamento trasmesso da Regione Liguria al Ministero della Salute ai sensi dell'art.6 di suddetto DM e sottoposto alla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Le informazioni di nuova introduzione sono **la tipologia di esenzione e i codici di esenzione secondo quanto previsto dal citato DM.**

Rilevante ai sensi del DM è la necessità di ricavare dai dati della specialistica ambulatoriale le prestazioni erogate in PS.

Come noto tali prestazioni sono identificate con quelle che hanno canale di accesso valorizzato a PS o OB sul modello S.

Per ogni accesso di PS (non seguito da ricovero) documentato dal relativo flusso dei modelli PA/PC verrà agganciato il relativo gruppo di record proveniente dal modello S/T.

La chiave di aggancio è costituita da Codice presidio + Identificativo ricetta/accesso nell'ambito dell'Anno e mese di competenza dei dati.

I tracciati record e le modalità di compilazione descritte nel presente documento valgono per le prestazioni relative al mese di Gennaio 2010 e successivi. Per i dati di erogazione fino al Dicembre 2009 vale il tracciato descritto nelle specifiche versione Giugno 2004.

2. LA BASE INFORMATIVA

2.1 Flusso informativo

I file devono essere registrati in formato ASCII senza caratteri di separazione secondo il tracciato e la organizzazione descritta nei capitoli successivi.

I dati devono essere inviati dalle seguenti Aziende:

Aziende Sanitarie Locali: ASL 1, ASL 2, ASL 3, ASL 4 e ASL 5

Aziende Ospedaliere: San Martino

IRCCS: Gaslini, IST

Ospedali: Galliera, Evangelico

2.2 Frequenza di invio dei dati

La frequenza di invio deve essere mensile e deve rispettare le scadenze annualmente notificate da Regione Liguria con apposita circolare.

Allo stato attuale (anno 2009) i dati devono essere depositati sul server regionale entro 30 giorni dall'ultimo giorno di ciascun mese. Vengono concessi ulteriori 30 giorni per la correzione/integrazione dei dati, dopodiché i dati sono consolidati.

Per adempiere alle scadenze definite nel DM 17 dicembre 2008 relativo al sistema di emergenza e urgenza tali scadenze verranno progressivamente rese più restrittive.

A regime i dati dovranno pervenire entro e non oltre quindici giorni da fine mese di competenza.

Nel piano di adeguamento proposto da Regione Liguria al Ministero la situazione a regime è prevista a partire dai dati di Gennaio 2012.

Si intende con "reinvio" la ritrasmissione dei dati di un mese già inviato in precedenza, per la sua sostituzione globale.

In generale nel caso di reinvio, il meccanismo di caricamento sul sistema regionale è il seguente:

- cancellazione del mese caricato nel precedente invio
- caricamento del mese rinviato globalmente.

2.3 Standard di codifica dei nomi dei file

Sono previsti 2 tipi di archivi:

Modello S = archivio contenente i dati anagrafici del soggetto e della struttura erogante desunti dalla ricetta (o prescrizione) specialistica o al momento dell'accesso di Pronto Soccorso e confermate al momento dell'erogazione.

Modello T = archivio contenente le singole prestazioni erogate.

I due archivi sono tra loro in relazione 1 a N, con chiave di aggancio il codice della struttura erogatrice (Azienda di ubicazione + codice struttura) concatenato con il codice della ricetta.

Si veda in ogni caso, per maggiori chiarimenti, la descrizione dettagliata dei tracciati.

I dati dovranno essere inviati raggruppati per azienda e mese (ogni azienda dovrà quindi inviare i dati delle prestazioni erogate dalle proprie strutture, da quelle delle private accreditate ovunque ubicate in Liguria per propri residenti, da quelle delle private accreditate ubicate sul proprio territorio per tutti gli altri pazienti non residenti in Liguria).

I file hanno uno standard di denominazione che consente di individuare l'azienda inviante, il mese, l'anno ed il modello.

Il nome che ciascuna Azienda Sanitaria deve attribuire al file ASCII da inviare a Regione Liguria deve essere così composto:

- SeeemaaF.lis per i dati Modello S (Anagrafici + dati ricetta)
- TeeemaaF.lis per i dati Clinici (T, prestazioni erogate)

S e T sono valori fissi che distinguono i Dati Anagrafici e di Ricetta (nel seguito Modello S) da quelli di prestazione erogata (nel seguito T)

eee = codice Azienda sanitaria inviante secondo tabella GESTCS

m= progressivo mese, valori ammessi:

m = 1 Gennaio
 m = 2 Febbraio
 m = 3 Marzo
 m = 4 Aprile
 m = 5 Maggio
 m = 6 Giugno
 m = 7 Luglio
 m = 8 Agosto
 m = 9 Settembre
 m = A Ottobre
 m = B Novembre
 m = C Dicembre

aa = ultime due cifre dell'anno (esempio per anno=2010 valorizzare aa=10)

F= formato codifica: valori 'A'= ASCII, 'E'= EBCDIC

lis = valore fisso per l' estensione.

Esempio:

i dati di Gennaio 2012 dovranno essere inviati entro il 15 Febbraio 2012, con nomi, per la ASL 3 Genovese, S003112.lis e T003112.lis e conterranno i dati di tutti i presidi ambulatoriali della ASL + le prestazioni erogate per residenti ASL3 a carico SSN da parte di privati accreditati non di ASL3.

2.4 Modalità di invio dei dati

Le Aziende Sanitarie devono trasmettere il flusso informatico a Regione Liguria utilizzando la rete privata regionale e depositando i file nella directory condivisa del server regionale.

Sullo stesso file non possono essere presenti dati di anni-mesi diversi. La appartenenza a un anno-mese è definita dalla data di erogazione delle prestazioni riportata su modello S per ogni gruppo ricetta.

In caso di necessità di modifica o integrazione di dati già inviati, occorre effettuare un reinvio: con "reinvio" si intende la ritrasmissione completa dei dati di un' Azienda, anno e mese già inviato in precedenza, per la sua sostituzione globale.

In generale nel caso di reinvio, il meccanismo di acquisizione dei dati sul sistema regionale è infatti il seguente:

- cancellazione del periodo-gestore caricato nel precedente invio
- caricamento del periodo-gestore reinviato nella sua interezza.

2.5 Lettera di accompagnamento dei dati da parte delle Aziende

La trasmissione dei dati sul server regionale deve essere accompagnata da una lettera protocollata e firmata dal responsabile individuato dall'Azienda e indirizzata a:

- Regione Liguria: Settore Comunicazione, Ricerca e Sistema Informativo Sanitario Regionale
- e
- Datasiel S.p.A.: Servizio Sistema di Governo Sanità di Regione Liguria

La lettera deve essere inviata come allegato all'indirizzo di mail

sanita.flussi@datasiel.net

Il servizio Sistema di Governo Sanità di Regione Liguria provvederà alla archiviazione delle lettere e alla elaborazione dei corrispondenti dati ricevuti.

Al fine di semplificare le fasi di ricezione, lettura e archiviazione delle mail si consiglia di specificare nell'oggetto le seguenti informazioni:

<Azienda> <Flusso> <Periodo/i temporale dei dati> <num prot.> <data prot.>

Es.: Oggetto: ASL3 SPE 2009 Settembre nn/nnn del 15/7/2009

Attenzione:

Dal 15 ottobre 2009 si intende definitivamente disattivata la modalità di invio delle lettere tramite fax 010-5373815 per tutti i flussi da Aziende Sanitarie a Regione Liguria

Di seguito si riportano le informazioni da indicare sulla lettera di accompagnamento:

IDENTIFICATIVO MITTENTE con DATA e PROTOCOLLO di INVIO

ANNO e MESE a cui si riferiscono i dati

NUMERO DI RECORD per ogni mese e Modello (S e T)

TOTALE IMPORTO per ogni mese e Modello (per il modello S: somma su tutti i record del campo *Importo totale*; per il modello T: somma su tutti i record del campo *Importo unitario*)

Queste informazioni vengono utilizzate al fine di poter effettuare controllo di quadratura tra contenuto dei file inviati e contenuto della base dati regionale durante la prima fase di lettura dei file stessi.

In caso di mancata quadratura o non corrispondenza tra lettera e contenuto dei file l'acquisizione non potrà proseguire, come specificato nel capitolo 3.

2.6 Modalità di invio delle comunicazioni e della reportistica di ritorno da Regione Liguria

I referenti individuati dalle Aziende Sanitarie per il flusso della Specialistica ambulatoriale sono i destinatari delle comunicazioni di ritorno da parte di Regione Liguria – Servizio Sistema di Governo della Sanità .

In genere, come per gli altri flussi, ogni Azienda ha:

- un *referente informatico* dei flussi; si intende il referente di tutti i flussi (e non solo di questo in particolare, generalmente personale del SIA),
- un *referente sanitario* inteso come esperto di questa materia.

Il *referente informatico* dei flussi ha competenza sulla trasmissione ed il reperimento dei ritorni da Regione Liguria, mentre il *referente sanitario* ha in genere competenza

sul contenuto e sulla tempistica di preparazione dei flussi per Regione Liguria e della verifica dei report di ritorno.

L'identificazione e l'aggiornamento dei referenti dovrà essere comunicato per iscritto a Regione Liguria.

Il referente informatico dell'Azienda, dopo aver ricevuto comunicazione da parte di Regione Liguria che il flusso è stato elaborato, dovrà reperire dal server regionale gli output prodotti (report o file di dati) e renderli disponibili all'interno dell'Azienda.

I ritorni sulle elaborazioni effettuate sono infatti resi disponibili sulle apposite directory del server regionale e sono accessibili ai referenti informatici delle aziende secondo la procedura consolidata comune a tutti i flussi informatici.

Ogni gruppo di output prodotti a fronte di un invio (evento invio mail a sanita.flussi@datasiel.net) è identificabile tramite l' ID-COM-RL indicato nella mail di notifica della disponibilità degli output stessi.

Tale Codice ID-COM-RL è il numero identificativo di riferimento dell'invio del flusso ed è utilizzato nell'assegnazione del nome degli output previsti.

Le report contenute nei file .zip hanno generalmente formato *pdf*. I file di dati hanno generalmente formato ASCII, tracciato posizionale, con estensione specifica per ciascuna tipologia dei contenuti.

2.7 Struttura degli archivi da inviare

Di seguito si riportano i tracciati record dei Modelli con le principali regole di compilazione dei dati.

MODELLO S

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Codice struttura erogatrice (presidio)	001 – 006	AN	6	La codifica deve essere conforme ai modelli ministeriali STS11.
Codice fiscale assistito	007 – 022	AN	16	Codice fiscale dell'assistito. Per gli stranieri privi di codice fiscale valorizzare in alternativa la matricola come specificato sotto.
Matricola regionale (STP)	023 – 038	AN	16	Il campo era originariamente dedicato alla matricola regionale dell'assistito (numero di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale), con la messa a regime del sistema tessera sanitaria tutte le Regioni italiane hanno adottato come identificativo dell'assistito il codice fiscale per cui in questi casi il campo ha perso il suo significato originario e può non essere compilato. Invece per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno con dichiarazione di indigenza in questo campo deve essere riportato il codice regionale a sigla STP a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.'99 n. 394 e Circolare Ministeriale 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98) G.U: 126 1/6/'00 serie generale) Di seguito si riporta come dovrà essere valorizzato tale codice: - i primi 3 caratteri devono essere valorizzati con 'STP', - dal 4° al 6° carattere impostare il codice della regione, - dal 7° al 9° impostare il codice dell'azienda sanitaria che rilascia il codice STP, - i rimanenti 7 caratteri dovranno essere impostati con un progressivo univoco all'interno della struttura che rilascia il codice STP con riempimento degli zeri a sinistra
Cognome	039 – 068	AN	30	Cognome dell'assistito. Nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge indicare la dicitura "ANONIMO" in maiuscolo
Nome assistito	069 – 088	AN	20	Nome dell'assistito Nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge indicare la dicitura "ANONIMO" in maiuscolo
Sesso	089 – 089	AN	1	Può assumere i valori: M = Maschio F = Femmina
Data di nascita	090 – 097	DATA	8	Formato GGMMAAAA
Codice comune o stato di residenza	098 – 103	AN	6	Codice ISTAT da tabella <i>Comuni italiani</i> COMIS.TXT. Nel caso di assistiti stranieri non iscritti al SSN è il codice ISTAT dello stato da tabella STATIS.TXT preceduto da 999.
Codice regione assistito	104 – 106	AN	3	Regione di residenza dell'assistito. Codice ISTAT da tabella <i>Regioni italiane</i> REG.TXT.
Codice Asl assistito	107 – 109	AN	3	Asl di residenza dell'assistito. Da tabella <i>Asl italiane</i> USLI.TXT

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Identificativo ricetta (ricetta rossa o identificativo accesso)	110 – 125	AN	16	<p>Valorizzare con il codice riportato sulla ricetta (Sistema Tessera Sanitaria, art.50 comma 2).</p> <p>Nel caso di prestazioni ad accesso diretto cioè libero accesso (canale = AD) o di pronto soccorso o per l'OBI (canale di accesso PS o OB) cioè in assenza di prescrizione su ricettario SSN utilizzare un codice locale che identifichi la ricetta in modo univoco all'interno del presidio e dell'anno. Si stabilisce di utilizzare un progressivo numerico così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le prime 4 cifre costituite dall'anno di erogazione; - le successive 6 cifre corrispondenti al codice della struttura erogatrice (presidio) come da mod. STS.11; - le successive cifre formate da un progressivo numerico univocamente determinato all'interno della struttura erogatrice (presidio), riassetato ogni anno.
Data erogazione prestazioni	126 – 133	DATA	8	<p>Formato GGMMAAAA</p> <p>Nel caso di cicli di prestazioni rappresenta la data di fine del ciclo. Per prestazioni della stessa ricetta erogate in più giorni o su più mesi è la data dell'ultima prestazione erogata e che conclude la ricetta.</p> <p>Nel caso dell' OBI deve corrispondere al giorno di fine della osservazione. Tenendo conto che la durata in ore del periodo di osservazione non può superare le 24 ore consegue che la stessa verrà calcolata sulla base delle posizioni relative della ora di inizio (riferita alla data di inizio erogazione OBI) e dell'ora di fine</p>
Importo ticket	134 – 140	N	7	<p>Importo totale pagato dall'assistito relativo a tutte le prestazioni della ricetta erogate dal presidio indicato.</p> <p>Tale importo dovrà essere espresso obbligatoriamente in euro con il formato 9999.99:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i primi 4 caratteri a rappresentare la parte intera con zeri di riempimento a sinistra - i caratteri 6 e 7 a rappresentare la parte decimale. <p>Il separatore decimale deve essere il punto.</p> <p>Per indicare il valore zero impostare 0000.00</p> <p>NB: questo campo può essere lasciato vuoto nel caso di prestazioni erogate in regime libera professione intramuraria (<i>Onere delle prestazioni</i> = 5)</p>

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Importo totale netto	141 – 149	N	9	Importo totale netto (= importo lordo – ticket pagato) relativo a tutte le prestazioni della ricetta erogate dal presidio indicato. Tale importo dovrà essere espresso obbligatoriamente in euro con il formato 999999.99: - i primi 6 caratteri a rappresentare la parte intera con zeri di riempimento a sinistra - i caratteri 8 e 9 a rappresentare la parte decimale. Il separatore decimale deve essere il punto. Per indicare il valore zero impostare 000000.00 NB: questo campo può essere lasciato vuoto nel caso di prestazioni erogate in regime libera professione intramuraria (<i>Onere delle prestazioni</i> = 5)
Codice branca della ricetta	150 – 151	AN	2	Codice della branca specialistica secondo la classificazione individuata dal DM 22/7/96 ai fini dell'applicazione dei limiti di prescrivibilità per ricetta. Da tabella <i>Branche specialistiche</i> BRAN96.TXT al paragrafo 3 (Tabelle da utilizzare per la codifica delle informazioni)
Onere delle prestazioni	152 – 152	AN	1	Può assumere i valori: 1 = Onere a carico del SSN (ad esclusione delle prestazioni di cui ai punti 7 e 8) 4 = Onere a totale carico dell'assistito (prestazioni a pagamento o solventi). Nel caso di OBI seguito da ricovero sta a significare: Onere ricompreso nella prestazione di ricovero. 5 = Libera professione (NON comprende le prestazioni a gettone) 7= Prestazioni a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati (comprende: modelli E111, convenzioni bilaterali ecc.) 8= Prestazioni a carico del SSN di pazienti stranieri extracomunitari con dichiarazione di indigenza (ad esclusione di quelle urgenti o essenziali) (comprende: prestazioni di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, tutela della gravidanza , tutela della salute del minore ecc.) 9 = Altre prestazioni NON a carico del SSN (comprende: prestazioni urgenti ed essenziali erogate a pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza e codice STP attribuito; pazienti insolventi; stranieri in Italia per interventi umanitari). NB: nel caso di prestazioni erogate in regime di libera professione, (codice 5) i valori dei campi importo unitario, ticket pagato, importo netto non sono richiesti.
Posizione ticket	153 – 153	AN	1	Può assumere solo i seguenti valori: 1= Esente 2= Non esente
Id. medico prescrittore	154 – 169	AN	16	Codice fiscale del medico prescrittore

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Canale di accesso	170 - 171	AN	2	Può assumere i valori: ME = Medico di base (generico o pediatra) SS = Medico specialista (dipendente o convenzionato) AD = Accesso diretto (diverso da pronto soccorso) PS = Pronto soccorso OB = Osservazione Breve Intensiva AL = Altro (comprende: guardia medica, guardia turistica, medico inps, medico inail ecc.)
Data prenotazione prestazioni	172 - 179	DATA	8	Formato GGMMAAAA Per le prestazioni ad accesso diretto, di pronto soccorso od OBI indicare la data di erogazione. Nel caso di cicli di prestazioni indicare la data di prenotazione della prima prestazione del ciclo.
Codice patologia	180 - 184	AN	5	Codice ICD9CM versione 2007 della patologia motivo della prescrizione. Per le prestazioni di cui al paragrafo 2.6 della DGR 839 del 26/7/2002 la compilazione è obbligatoria e deve rientrare in uno dei codici validi dell'intera classificazione ICD9CM 2007 sezione D, corretti almeno alla 3° cifra (vedi tabelle ICD9CM07_sezD.TXT e CAT_ICD9CM07.TXT per gli elenchi completi dei codici ammissibili). L'obbligatorietà è relativa a ricette che presentino almeno una prestazione di medicina fisica e riabilitazione a carattere terapeutico (prestazioni con indicato LT sul campo note del file NOM96.TXT, Nomenclatore tariffario) e si applica a partire dalle prestazioni erogate dal 1° Luglio 2003. Per le prestazioni di OBI individua la diagnosi principale associata al trattamento e se valorizzata deve appartenere ai valori previsti sulla tabella ICDOBI (vedi file ICDOBI.TXT, campo codice ICD9CM)
Ora inizio	185 - 188	AN	4	Formato HHMM Ora di inizio del trattamento nel caso di OBI (si tratta dell'inizio della fase di osservazione nella struttura di OBI decisa dal medico durante la prima visita di Pronto Soccorso)
Ora fine	189 - 192	AN	4	Formato HHMM Ora di fine del trattamento nel caso di OBI. Corrisponde o alla dimissione o all'inizio del ricovero ospedaliero eventualmente seguente l'OBI
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice	193 - 195	AN	3	Tabella GESTCS.TXT. In particolare per i presidi pubblici coinciderà con i 3 caratteri del nome file "eee" utilizzati per identificare l'Azienda inviante; per i presidi privati accreditati potrà assumere un valore diverso purché congruente con il campo Codice struttura erogatrice in base ai modelli STS11

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Tipo esenzione (PS e OB)	196 - 196	AN	1	<p>Indica la tipologia di esenzione dell'assistito. E' obbligatoria la valorizzazione (congruente con il campo posizione Ticket = 1 Esente) per il canale di accesso PS o OB a partire dal 1 Gennaio 2010 (Tabella TPESEPS.TXT).</p> <p>1 Non esente 2 Esente totale 3 Esente per età e reddito 4 Esente per patologia 5 Esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico, titolari di pensioni al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico) 6 Donne in stato di gravidanza 7 Esente parziale per invalidità (invalidità parziale) 8 Altre categorie (soggetti sottoposti ad accertamenti previsti per il riconoscimento di malattie rare, soggetti affetti da HIV, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, donatori, detenuti, STP, militari/forze armate,...) 9 Esente, laddove previsto in relazione al codice priorità assegnato dal processo di Triage</p>
Codice esenzione	197 - 202	AN	6	<p>Indica il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino E' obbligatoria per i casi in cui il campo posizione Ticket = 1 Esente e il canale di accesso è PS o OB a partire dal 1 Gennaio 2010 La valorizzazione è <u>fortemente auspicata</u> anche per i casi riferiti a ricette rosse inviate al MEF I valori sono quelli previsti dalla tabella nazionale e utilizzati nell'ambito del sistema Tessera Sanitaria MEF art 50, comma 2 e comma 5 (vedi tabella ESEAMB.TXT)</p>

MODELLO T

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Codice struttura erogatrice	001 – 006	AN	6	Si veda il campo corrispondente del modello S
Identificativo ricetta (ricetta rossa o identificativo accesso)	007 – 022	AN	16	Si veda il campo corrispondente del modello S
Codice prestazione	023 – 032	AN	10	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale comprensivo dei punti separatori.
Importo unitario	033 – 040	N	8	Riportare la tariffa unitaria prevista dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Tale importo dovrà essere espresso obbligatoriamente in euro con il formato 99999.99: - i primi 5 caratteri a rappresentare la parte intera con zeri di riempimento a sinistra; - i caratteri 7 e 8 a rappresentare la parte decimale. Il separatore decimale deve essere il punto. Per indicare il valore zero impostare 00000.00 NB: questo campo può essere lasciato vuoto nel caso di prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria (<i>Onere delle prestazioni</i> = 5)
Quantità	041 – 043	N	3	Da valorizzarsi solo per le prestazioni multiple
Codice disciplina dell'erogatore	044 – 045	AN	2	Codice ministeriale della disciplina della struttura erogante o del medico specialista secondo la classificazione della tabella <i>Discipline DISCIPS.TXT</i> riportata nel Paragrafo 3 (Tabelle da utilizzare...) Nel caso di prestazioni erogate all'interno di un presidio ospedaliero si deve impostare la disciplina dell'unità operativa cui appartiene il medico ospedaliero. Nel caso di prestazioni erogate all'interno di un presidio territoriale si deve impostare la disciplina dello specialista che effettua la prestazione (ad esempio: Ecografia effettuata da specialista in Ginecologia si dovrà impostare Ginecologia).
Indicatore tipo prestazione	046 – 046	AN	1	Può assumere i valori: O = regime ordinario P = accesso diretto / pronto soccorso / OBI U = regime di urgenza (48 ore) D = regime di urgenza differibile (7 giorni) S = screening A = altro non rientrante nei tempi di attesa NB: Ai fini della valutazione dei tempi di attesa sono considerate le sole prestazioni con il valore O
Flag prestazione a gettone	047 – 047	AN	1	Area a pagamento. Può assumere i valori: S/N/spazio Il valore spazio viene considerato uguale a N NB: Queste prestazioni non devono essere confuse con quelle erogate in regime di libera professione intramuraria poiché le prestazioni a gettone sono a carico del SSN. Per queste prestazioni la tariffa pagata dall'utente è quella ordinaria.

Nome campo	Posizione	Tipo	Lung.	Descrizione
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice	048 - 050	AN	3	Tabella GESTCS.TXT. In particolare per i presidi pubblici coinciderà con i 3 caratteri del nome file "eee" utilizzati per identificare l'Azienda inviante; per i presidi privati accreditati potrà assumere un valore diverso purché congruente con il campo Codice struttura erogatrice in base ai modelli STS11

Legenda:

AN = ALFANUMERICO

N = NUMERICO

DATA = GGMMAAAA, dove GG=giorno, MM=mese, AAAA=anno. (valorizzare anche gli eventuali zeri a sinistra).

I campi definiti alfanumerici devono essere allineati a sinistra, se non utilizzati devono essere impostati a "spazio".

I campi definiti numerici devono essere allineati a destra, se non utilizzati devono essere impostati a "spazio".

I campi definiti data se non utilizzati devono essere impostati con il valore "spazio".

2.8 Ulteriori precisazioni sul significato di alcuni campi

E' opportuno formulare alcune precisazioni al fine di consentire la corretta compilazione dei dati richiesti.

• **Identificativo Ricetta o Accesso, organizzazione degli invii**

La messa a regime del sistema Tessera Sanitaria art.50 nel corso del 2008 e con il DM 17 Dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (*GU n. 9 del 13-1-2009*) consente di razionalizzare gli invii del flusso regionale modelli S/T.

Il flusso si può considerare infatti composto da 3 insiemi disgiunti di dati:

1. prestazioni erogate a fronte di prescrizione su ricetta "rossa";
2. prestazioni erogate in Pronto Soccorso/OBI;
3. prestazioni erogate in libero accesso (che non necessitano di prescrizione medica).

I 3 insiemi sono caratterizzati e distinguibili nel flusso S/T tramite il campo Canale di accesso.

Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso/OBI hanno Canale di accesso = PS o OB sul modello S;

le prestazioni erogate in libero accesso (cioè che non necessitano di prescrizione medica) hanno Canale di accesso = AD sul modello S;

tutte le altre prestazioni erogate, per qualsiasi altro valore del canale di accesso, sono riconducibili a prescrizioni riportate su ricetta "rossa".

Le ricette "rosse" devono riportare un identificativo corrispondente a un ricettario consegnato a un prescrittore e notificato al MEF. Ad esclusione delle eventuali ricette non assegnate alla Liguria (che non iniziano cioè con codice 070) il sistema regionale attiverà il controllo di presenza dei codici ricetta sulla base dati messa a disposizione della Regione dal sistema Tessera Sanitaria.

Gli identificativi degli accessi di PS/OB devono corrispondere agli stessi utilizzati nel flusso di Pronto Soccorso (modelli PA/PC) per il medesimo episodio.

A partire dai dati di Gennaio 2010 ogni accesso di Pronto Soccorso notificato su modello PA/PC verrà ricercato sui modelli S/T per chiave identificativa (codice presidio e identificativo ricetta/accesso) nell'ambito dello stesso anno-mese di erogazione. Il sistema regionale controllerà che per gli accessi non seguiti da ricovero esista almeno una riga del modello S/T e ricaverà da esso i dati richiesti dal sistema informativo Emergenza Urgenza dell'NSIS (tipo e codice esenzione, principali prestazioni erogate, importo ticket, importo netto,...).

• **Organizzazione degli invii**

In generale i dati di erogato riportati sui modelli S/T devono essere appartenere all'anno-mese di erogazione delle prestazioni (campo data di erogazione sul modello S); nel caso di prestazioni erogate in più giorni e/o su più mesi queste devono essere inviate con data di erogazione corrispondente all'ultima prestazione erogata e quindi nel file corrispondente per anno-mese a quella data; nel caso di prestazioni cicliche la data di erogazione di riferimento è quella relativa all'ultima prestazione erogata, corrispondente alla fine del ciclo.

La regola appena espressa, che dovrebbe già essere in uso come prassi da parte delle Aziende nell'invio a Regione, è allineata alle regole previste per l'invio al MEF, art. 50 comma 5.

Considerando che i tempi di consolidamento della base dati regionale a fini contabili sono più estesi rispetto a quelli imposti dal MEF per le ricette rosse, i casi definiti come "invio tardivo" da parte del sistema Tessera Sanitaria possono essere sanati

in tempo nell'invio a Regione. In ogni caso è consentito, se ritenuto veramente utile a fini statistico-epidemiologici, che i dati possano essere inviati a Regione per correzioni o integrazioni anche dopo il consolidamento mensile effettuato per fini contabili.

• **Dati relativi alla residenza dell'assistito e pazienti stranieri**

Per gli assistiti italiani il campo **Codice comune o stato di residenza** deve essere valorizzato con il codice Istat del comune di residenza (tabella COMIS.TXT).

Per gli assistiti stranieri occorre distinguere:

- a) per i pazienti stranieri in possesso di tessera sanitaria in seguito a iscrizione obbligatoria o volontaria al SSN, il campo *Codice comune o stato di residenza* deve essere valorizzato con il codice ISTAT del comune italiano di residenza o di domicilio (effettiva dimora) riportato sul permesso di soggiorno;
- b) per pazienti stranieri non iscritti il campo *Codice comune o stato di residenza* deve essere valorizzato con il codice Istat dello stato di residenza (tabella STATIS.TXT) preceduto dai caratteri 999.

In generale la residenza dell'assistito ai fini contabili viene dedotta dal campo *Codice comune o stato di residenza*, come meglio specificato in seguito.

Il campo **Codice regione assistito** deve essere valorizzato con il codice della regione di residenza per gli assistiti residenti in Italia o per gli stranieri iscritti; deve invece essere lasciato a spazio per gli stranieri non iscritti.

Si evidenzia che i campi *Codice comune* (quando non indicante uno stato estero) e *Codice regione* devono essere tra loro congruenti.

Per quanto riguarda il campo **Codice Asl assistito** esso deve necessariamente essere accompagnato dal precedente *Codice regione* dato che la tabella di codifica delle Asl italiane USLI.TXT prevede un codice di 6 caratteri i primi 3 dei quali rappresentano il codice della regione.

In caso di soggetti italiani temporaneamente iscritti ad una Asl, ma residenti in un'altra, deve essere indicata quest'ultima.

Si ribadisce che gli assistiti stranieri devono in ogni caso essere rilevati, anche nella eventualità in cui non siano oggetto di compensazione interregionale (*Onere delle prestazioni*, diverso da "1").

• **Standardizzazione delle prestazioni**

Il contenuto del campo *Codice prestazione* deve essere conforme con il Nomenclatore Regionale standardizzato basato sul DM 22/07/96 e successive modificazioni e recepito da Regione Liguria con D.G.R. del 15/12/1997 e 29/12/1997.

Le prestazioni non comprese nel suddetto Nomenclatore non verranno incluse nella base dati contabile di cui alla Circolare Regionale N. 213/102032 e pertanto per esse non sarà riconosciuto alle aziende da parte di Regione Liguria alcun corrispettivo economico.

Le prestazioni non comprese nel Nomenclatore ma comunque accettate a scopo statistico sono quelle segnalate in occasione della messa a regime del sistema Tessera Sanitaria e trasmesse come integrazione da Regione al MEF, art.50 comma 5 (vedi tabella NOM_MEF.TXT).

• **Prestazioni a pagamento**

Nel caso di prestazioni a pagamento (extra SSN) il campo *Ticket pagato* deve riportare l'effettivo importo percepito dalla struttura erogante indipendentemente dalla natura del soggetto pagante.

Rientrano in questa categoria i casi di pazienti inviati alla struttura sanitaria da enti esterni che provvedono direttamente al pagamento.

I campi anagrafici relativi all'assistito (*Nominativo, Identificativo, Data di nascita, Asl di iscrizione* ecc.) devono essere compilati come di consueto.

Il campo *Onere delle prestazioni* deve invece essere valorizzato con il carattere "4"

• **Medicina preventiva interna**

Le prestazioni di medicina preventiva previste da normative nazionali o regionali devono essere contrassegnate con il valore "1" del campo *Onere delle prestazioni*.

Alcune strutture sanitarie effettuano, oltre alle precedenti, visite di controllo ed altre prestazioni a scopo preventivo a tutela del proprio personale, assumendo interamente l'onere delle prestazioni erogate. Ai fini contabili compensativi questa categoria non è molto dissimile da quella dei pazienti inviati da strutture, e pertanto il campo *Onere delle prestazioni* deve essere posto uguale a "4".

• **Significato del campo "Importo ticket"**

Il campo *Importo ticket* presente sul modello S rappresenta **l'importo pagato dall'assistito** relativo a tutte le prestazioni del gruppo-ricetta.

Pertanto per i soggetti esenti totali esso deve di norma essere valorizzato con zero. Nel caso di prestazioni "a totale carico dell'assistito" (a pagamento) deve invece corrispondere all'importo lordo (somma degli importi unitari per le rispettive quantità).

• **Significato del campo "Importo totale"**

Il campo *Importo totale* presente sul modello S rappresenta **l'importo totale netto** relativo a tutte le prestazioni del gruppo-ricetta.

Esso corrisponde di regola alla differenza tra l'importo lordo (ottenuto dalla moltiplicazione delle quantità per gli importi unitari e quindi dalla somma dei suddetti prodotti) ed il ticket pagato dall'assistito.

Nel caso di prestazioni "a totale carico dell'assistito" il campo *Importo totale netto* deve essere valorizzato con zero.

• **Codifica dei "Presidi sanitari"**

La codifica dei "presidi sanitari" o "poliambulatori" (da non confondere con gli "enti" Asl ed ospedali autonomi) è desunta dai modelli STS11 dei Flussi Informativi Ministeriali.

Questa tabella può essere soggetta ad aggiornamenti periodici da parte delle Asl. Gli eventuali aggiornamenti devono essere quindi tempestivamente trasmessi al Ministero della Salute tramite la compilazione degli appositi modelli.

• **Codifica della branca specialistica**

Il campo *Codice branca della ricetta*, sul Modello S, è il codice della branca specialistica secondo la classificazione del DM 22/7/96 e dei modelli ministeriali STS.21. Per la codifica si deve fare riferimento alla tabella BRAN96.TXT.

Tale classificazione è finalizzata esclusivamente all'applicazione delle disposizioni di legge in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta e partecipazione alla spesa secondo cui prestazioni relative a branche diverse devono essere formulate su ricette distinte e non riveste carattere definitorio delle competenze degli specialisti coinvolti e delle strutture eroganti. Nei casi in cui sul modello T sia presente il codice 89.71J (prima visita), oppure 89.01 (visita successiva), sul modello S occorre riportare la branca specifica (da 01 a 25) e non la branca 26.

Nel caso di ricette con prestazioni che possono appartenere a più di una branca (vedi tabella NOM_BRA.TXT) dovrà essere assegnata la branca più corrispondente alla motivazione prescrittiva.

Per le prestazioni e la associazione con le branche vale quanto trasmesso da Regione al sistema Tessera Sanitaria del MEF (tabelle NOM_BRA, NOM_BRA2 e NOM_BRAMEF).

• **Codice disciplina della struttura erogante**

Il campo *Codice disciplina della struttura erogante*, sul Modello T, è il codice ministeriale della specialità clinica della struttura erogante o del medico specialista basata sulla classificazione dei modelli HSP.12 con le opportune integrazioni stabilite in sede regionale. Per la codifica si deve fare riferimento alla tabella DISCIPS.TXT.

Nel caso di prestazioni erogate all'interno di un presidio ospedaliero questo campo rappresenta la disciplina della unità operativa cui appartiene il medico ospedaliero; nel caso di prestazioni erogate all'interno di un presidio territoriale si deve valorizzare con la disciplina dello specialista che eroga la prestazione.

Questo campo è stato inserito sul modello T, invece che sul modello S, poiché è possibile che sulla stessa ricetta siano presenti prestazioni erogate da strutture o da specialisti diversi (es. Visita Ginecologica, PAP test).

• **Donatori di sangue**

Non devono essere rilevati.

• **Prestazioni di pronto soccorso**

La visita di pronto soccorso è stata codificata e tariffata da Regione Liguria con nota regionale del 01/02/1999.

Il campo *Codice branca della ricetta* sul Modello S deve essere in questo caso valorizzato con il codice 26 (Altre Prestazioni), mentre il campo *Codice disciplina dell'erogatore* sul Modello T relativamente alla visita di Pronto Soccorso deve riportare il valore 51 (Pronto Soccorso).

Se la visita di pronto soccorso è seguita da altre visite specialistiche o prestazioni ambulatoriali (purché non seguite da ricovero) anche queste ultime devono essere rilevate ed incluse nel flusso. Per queste il codice disciplina indicato deve essere quello della unità erogante (comprese le visite di consulenza). Il campo *Canale di accesso* sul modello S deve riportare il valore PS, il campo *Indicatore tipo prestazione* sul modello T deve riportare il valore P se l'erogazione della prestazione è immediata.

• **Prestazioni di Osservazione Breve Intensiva (OBI)**

Le ricette relative a prestazioni di OBI vengono individuate tramite il campo Canale di accesso valorizzato a 'OB'.

Il Codice patologia, codice ICD9CM versione 97, per le prestazioni di OBI individua la diagnosi principale associata al trattamento, deve essere rilevato per i casi che rientrano nei codici previsti dalla tabella ICDOBI.

La Data erogazione prestazioni per l'OBI corrisponde al giorno di fine della osservazione. Tenendo conto che la durata in ore del periodo di osservazione non può superare le 24 ore consegue che la stessa verrà calcolata sulla base delle posizioni relative della ora di inizio (riferita alla data di inizio OBI) e dell'ora di fine.

L' Ora di inizio del trattamento nel caso di OBI corrisponde all'inizio della fase di osservazione nella struttura di OBI decisa dal medico (in genere) durante la prima visita di Pronto Soccorso.

L' Ora di fine corrisponde o al momento della dimissione o all'inizio del ricovero ospedaliero eventualmente seguente l'OBI.

Analogamente a quanto previsto per le prestazioni di Pronto Soccorso, per l'OBI il campo *Codice branca della ricetta* sul Modello S deve essere valorizzato con il

codice 26 (Altre Prestazioni), mentre il campo Codice disciplina dell'erogatore sul Modello T deve riportare il valore 51 (Pronto Soccorso) relativamente alla visita di Pronto Soccorso, le altre prestazioni, comprese le consulenze interne, devono riportare il codice di disciplina della effettiva unità erogante. Il campo Indicatore tipo prestazione sul modello T deve riportare il valore P.

Le ricette relative a prestazioni di OBI seguite da ricovero ospedaliero devono pervenire con l'indicazione dell'onere della prestazione a 4 (solvente, a significare in questo caso che l'onere della prestazione sarà ricompreso nel DRG relativo al ricovero).

L'importo ticket per l'OBI deve essere impostato a 0 (zero).

L'importo totale netto deve corrispondere al solito alla somma degli importi lordi (quantità moltiplicata importo unitario) delle singole prestazioni documentate sul file T (importo lordo per ricetta) meno il ticket (che per questi casi sarà 0). Il Codice prestazione, la Quantità e l'Importo unitario sul file T devono essere impostati con i valori relativi alle prestazioni effettivamente erogate durante l'OBI e in base al Nomenclatore Tariffario Regionale vigente alla data dell'erogazione. Si precisa che le eventuali prestazioni erogate in Pronto Soccorso precedenti all'ora di inizio dell'OBI debbono comunque essere rendicontate e ricomprese all'interno dell'episodio di OBI (quindi all'interno e in riferimento a uno stesso e unico identificativo ricetta relativo all'episodio di pronto soccorso).

• Prestazioni di Riabilitazione funzionale

In base alla DGR n 839 del 26 Luglio 2002 avente per oggetto "D.P.C.M. 29-11-2001. Allegato 2B): Attuazione delle indicazioni relative all'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza" si individuano le seguenti come "prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione" erogabili su specifica indicazione clinica (con riferimento al nomenclatore regionale delle prestazioni):

la prestazione 99297 MESOTERAPIA (branca 01 ANESTESIA)

le prestazioni della branca 12 - Medicina fisica e recupero e riabilitazione funzionale ad esclusione delle seguenti:

- 93311 ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA
- 93312 ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA
- 93313 IDROMASSOTERAPIA
- 93331 GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA
- 93332 GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA
- 93341 DIATERMIA AD ONDE CORTE E MICROONDE
- 93351 AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE
- 93354 IPERtermia NAS
- 93391 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA
- 93393 PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE
- 93431 TRAZIONE SCHELETRICA
- 9927 IONOFRESI
- 9988 FOTOFRESI TERAPEUTICA

Alle prestazioni appena elencate si fa riferimento come prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione escluse dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) e quindi non erogabili a carico del SSN.

Le prestazioni escluse dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) e quindi non erogabili a carico del SSN nel campo Note della tabella relativa al Nomenclatore Tariffario Regionale (file NOM96.TXT) sono contrassegnate con il carattere "E" = a indicare prestazioni escluse dai Lea.

Come chiarito nella circolare regionale n. 82416/736 del 30 Maggio 2003 la necessità di compilazione della patologia e il conseguente controllo sono applicati

alle ricette che presentano almeno una delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica e che hanno carattere terapeutico; non si applica il controllo a quelle ricette che presentano prestazioni della branca di Medicina fisica e riabilitazione solo a carattere diagnostico (codici dal 93.01.1 al 93.09.2).

A tal scopo è allegata una nuova versione del nomenclatore tariffario (*file NOM96.TXT*) sulla quale, nel campo Note, le prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica reintrodotte nei Lea ai sensi della DGR n 839 del 26 Luglio 2002 e che hanno carattere terapeutico sono contrassegnate con la stringa di caratteri "LT", quelle a carattere diagnostico sono contrassegnate con la stringa di caratteri "LD" (anziché solo "L" per entrambi i tipi come era nella precedente versione).

Il campo Codice di patologia, codice ICD9CM versione 2007 completo almeno alla 3° cifra, deve riportare per le prestazioni di questo tipo, erogabili su specifica indicazione clinica, il deficit funzionale che ha richiesto il trattamento riabilitativo. **ATTENZIONE:** I codici ammissibili delle patologie che richiedono trattamento riabilitativo devono essere quelli presenti sulle tabelle DIAGN_ICD9CM2007_sezD (elenco completo dei codici diagnosi) e/o CAT_ICD9CM2007 (elenco dei codici a 3 cifre) fornite unitamente a queste specifiche tecniche; i codici esposti nell'allegato 2 della DGR 839 del 26/7/2002 sono da intendersi quindi come indicativi delle famiglie di patologie di maggior rilievo per la casistica riabilitativa.

3. TABELLE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI

Nel presente capitolo sono descritte le tabelle di codifica e relativi tracciati record.

Si ricorda che le seguenti tabelle: COMUNI ITALIANI (COMIS.TXT), ASL ITALIANE (USLI.TXT), associazione ASL-COMUNI (USCOMI.TXT), la tabella STATI ESTERI (STATIS.TXT) relative ai riferimenti territoriali sono sempre reperibili nella versione più aggiornata sul server regionale, nella sottodirectory **\tabelle_regionali**.

La tabella **AZIENDE** (GESTCS.TXT) secondo la codifica regionale, da utilizzarsi per costruire il nome dei file

Codice	01-03
Descrizione	04-33

La tabella **REGIONI ITALIANE** (REG.TXT) secondo la codifica ISTAT.

Codice	01-03
Descrizione	04-21

La tabella **PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**, secondo la codifica del **Nomenclatore Tariffario Regionale** basato sul D.M. 22/07/1996 e successive modificazioni (D.M. 10-2-97, D.M. 13-5-97), con modifiche ed aggiunte introdotte in sede regionale, come specificato nelle deliberazioni della Giunta Regionale N. 5066 / 97 del 15-12-1997 e N. 5570 / 97 30-12-1997 e nella successiva nota regionale N.10815 / 372 del 01/02/99.

NB: a garanzia della completezza di tutte le informazioni relative al Nomenclatore si deve comunque fare riferimento al D.M. 22/07/96 e successive modificazioni ed in particolare agli allegati 2 e 4 del suddetto decreto che ne costituiscono parte integrante.

Codice	001-010
Descrizione	011-110
Specificazioni	111-310
Tariffa regionale in lire	311-318
Tariffa regionale in euro	319-326
Note	327-331

Il campo Note può contenere, anche in combinazione, i seguenti caratteri:

I: contrassegna le prestazioni introdotte da Regione Liguria. Tali prestazioni sono identificabili anche per il carattere alfabetico "J" apposto in coda al codice.

A: contrassegna le prestazioni regionali introdotte come accorpamento per profilo di trattamento di prestazioni ministeriali.

H: indica quelle prestazioni erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero.

*****: indica quelle prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche clinico-diagnostiche riportate nell'allegato 2 del D.M. 22/07/1996 e successive modificazioni

R: indica quelle prestazioni erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti dalle regioni per l'erogazione di tali prestazioni

E: a indicare prestazioni di medicina fisica e riabilitazione escluse dai Lea ai sensi della DGR n 839 del 26 Luglio

LT e LD: a indicare prestazioni di medicina fisica e riabilitazione a carattere terapeutico (LT) e a carattere diagnostico (LD) ricomprese nei Lea ai sensi della citata DGR n 839 del 26 Luglio 2002.

La tabella **BRANCHE SPECIALISTICHE** (BRAN96.TXT) secondo la classificazione del D.M. 22/07/1996 e dei modelli STS.21 dei Flussi Informativi Ministeriali

Codice	01-02
Descrizione	03-65
Descrizione abbreviata	66-87

La tabella di correlazione **PRESTAZIONI - BRANCHE SPECIALISTICHE** (NOM_BRA.TXT), anch'essa basata sul D.M. 22/07/1996, finalizzata all'applicazione dei limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa.

Si osserva che molte delle prestazioni del Nomenclatore sono riconducibili a più di una branca.

Codice prestazione	01-10
Codice branca	11-12

La tabella di correlazione **PRESTAZIONI - BRANCHE SPECIALISTICHE INTEGRATIVA** (NOM_BRAN2.TXT), con gli abbinamenti aggiuntivi rispetto al DM 22/7/1996 segnalati dalle Aziende liguri e trasmessi al MEF per rendere possibile l'accoglimento delle ricette.

Codice prestazione	01-10
Codice branca	11-12

La tabella **PRESTAZIONI SPECIALISTICHE non previste dal Nomenclatore Regionale 1996 ma la cui trasmissione è stata concessa dal MEF con tariffa attribuita 0 su segnalazione delle Aziende liguri**

File NOM_MEF.TXT

Codice	001-010
Descrizione	011-073
Specificazioni	074-136
Tariffa regionale in euro	137-152
Note	153-215
Flag ciclica (S/N)	216-216
Numero max cicli	217-218

La tabella di correlazione **PRESTAZIONI NOM_MEF - BRANCHE SPECIALISTICHE** (NOM_BRAMEF.TXT), con gli abbinamenti prestazioni aggiuntive rispetto al DM 22/7/1996 e branche segnalate dalle Aziende liguri e trasmesse al MEF per rendere possibile l'accoglimento delle ricette.

Codice prestazione	01-10
Codice branca	11-12

La tabella **SPECIALITA' CLINICHE E DISCIPLINE OSPEDALIERE** (DISCIPS.TXT) secondo la codifica regionale basata sulla classificazione ministeriale dei modelli HSP.12 con le opportune modifiche ed integrazioni

Codice	01-02
Descrizione	03-42

Note:

- a) per Centro Trasfusionale utilizzare il codice 20 (Immunologia)
- b) per Nefrologia abilitato al trapianto di rene utilizzare il codice 29 (Nefrologia)
- c) per Nido e Nefrologia Pediatrica e Neonatologia utilizzare il codice 39 (Pediatria)
- d) per Terapia Intensiva e Terapia Intensiva neonatale utilizzare il codice AN (Anestesia)
- e) per Unità Coronarica utilizzare il codice 08 (Cardiologia).

La tabella **ICD9CM07_sezD.TXT** contiene l'elenco completo delle diagnosi secondo la codifica ICD9CM 2007 completa fino alla 4° o 5° cifra e che possono essere utilizzate per le prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica.

Diagnosi in ICD9CM ultima versione disponibile , anno 2007

Sezione codifica ICD9CM	001-001
Codice ICD9CM	002-006
Descrizione diagnosi	007-206
Compatibilità sesso	207-207
Compatibilità età	208-208

Note:

Sezione codifica ICD9CM : 'D'=Diagnosi (valore fisso)

Compatibilità sesso : '1' =Maschio

'2' =Femmina

' ' =Entrambi

Compatibilità età : 'B'= Età < 1

'P'= Età < 18

'C'= Età 0-17

'E'= Età 0-34

'D'= Età > 17

'F'= Età > 35

'H'= Età > 12

'M '=12 < Età < 55

La tabella **CAT_ICD9CM2007.TXT** contiene l'elenco completo delle categorie di diagnosi secondo la codifica ICD9CM 2007 complete fino alla 3° cifra e che possono essere utilizzate per le prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica.

Codice categoria ICD9CM	1 - 3
Descrizione categoria diagnosi	4 - 203

La tabella PATOLOGIE PER TRATTAMENTO OBI (ICDOBI.TXT) secondo la codifica ICD9CM 2007 contiene l'elenco delle patologie per le quali è richiesta l'indicazione della diagnosi; occorre fare riferimento al file ICDOBI.TXT

Codice ICD9CM	01-05
Descrizione	06 - 205
Codice ACC diagnosi	206- 210
Descrizione ACC diagnosi	211 - 410

Dove ACC sta per Aggregati Clinici di Codici.

La tabella **PRESIDI LIGURI** (PRESID09.TXT) secondo la codifica STS11 contiene la versione aggiornata al Gennaio 2009 dei presidi desunti dai modelli ministeriali STS11 ed attivi alla data compilati dalle Aziende Sanitarie Locali liguri. La tabella è inviata al solo scopo di condividere un riferimento e va tenuto conto che è soggetta a variazioni nel corso dell'anno. La tabella comprende tutti i presidi, anche quelli che non svolgono attività ambulatoriale.

Codice Azienda Ubicazione	01-03
Codice Struttura	04-09
Denominazione	10-49

Indirizzo	50-89
Comune di ubicazione	90-95
Tipo rapporto con SSN	96-96 (1=Pubblico 2=Privato)

La tabella **TPESEPS.TXT** contiene i tipi esenzione utilizzabili per compilare l'apposito campo per gli accessi di PS previsto dal DM 17/12/2008.

Tipo Esenzione	01 - 01
Descrizione tipo esenzione	02 -111

La tabella **ESENAMB.TXT** contiene l'elenco dei codici esenzioni utilizzabili per le prestazioni ambulatoriali (ricette "rosse" o accessi di pronto soccorso), corrisponde all'elenco trasmesso al MEF nell'ambito del sistema tessera sanitaria, art.50 comma 2.

Codice Esenzione	01 - 06
Descrizione esenzione	07 - 206

4. CONTROLLI EFFETTUATI DAL SISTEMA INFORMATIVO DELLA REGIONE LIGURIA SUI DATI INVIATI DALLE AZIENDE SANITARIE

Si descrivono le elaborazioni ed i controlli effettuati dal sistema informatico regionale.

4.1 Controlli preliminari bloccanti

I dati, inviati con periodicità mensile da ciascuna Azienda, sono caricati dal sistema informatico regionale separatamente per ciascun soggetto inviante e mese.

Il primo controllo effettuato riguarda la corretta codifica del nome degli archivi, i dati riportati sulla lettera di accompagnamento e la corrispondenza con i contenuti dei file in termini di numero record e totale importi.

In caso di mancata corrispondenza tra lettera e dati l'intero invio non viene elaborato e viene fatta una specifica segnalazione ai referenti del flusso (per mail e se necessario anche per le vie brevi).

Vengono quindi processati i 2 modelli (nell'ordine: prima il modello S e poi il modello T).

Sono effettuati i seguenti controlli:

1) Identificativo ricetta e/o codice prestazione non valorizzati

Viene verificato sul modello S se esistono record che hanno valori nulli (spazio) nel campo *Identificativo ricetta*;

Viene verificato sul modello T se esistono record che hanno valori nulli nel campo *Identificativo ricetta* e/o nel campo *Codice prestazione*.

2) Chiave duplicata

Viene verificato sul modello S se, nell'ambito del mese di riferimento, esistono record che hanno valori duplicati nella combinazione dei campi identificativi **Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice+Codice struttura erogatrice+Identificativo ricetta**.

Il controllo di duplicazione è esteso all'intero anno per i dati già acquisiti dell'anno. Il controllo su scala annuale è bloccante per i dati a partire da Gennaio 2010. Non verrà quindi accettata la stessa ricetta se trasmessa su mesi distinti dalla stessa Azienda.

3) Incongruenza tra i record dei modelli S e T

Viene verificata l'integrità della relazione 1 a N tra i 2 modelli S e T.

A questo fine vengono eseguiti i seguenti passi:

- viene verificato se, per ciascun record del modello S, esiste almeno un record nel modello T con la stessa chiave identificativa **Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice+Codice struttura erogatrice+Identificativo ricetta**;
- viene verificato se, per ciascun record del modello T esiste un record nel modello S con la stessa chiave identificativa **Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice+Codice struttura erogatrice+Identificativo ricetta**.

I record che incorrono in almeno uno degli errori descritti **non vengono ulteriormente elaborati e vengono scartati** (eliminandoli quindi sia dal processo contabile che da un eventuale utilizzo statistico).

Per ogni record scartato nel modello S sono scartati anche tutti i record corrispondenti nel modello T e viceversa. I record anomali, pur essendo scartati all'origine perché non elaborabili, vengono comunque segnalati ai referenti del flusso informativo affinché provvedano alla correzione. Per la codifica degli errori si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati

N.B.: Se il campo *Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice* non risulta valorizzato nei file di input con uno dei valori ammessi le elaborazioni regionali lo assumeranno come uguale a quello della Azienda inviante.

E' previsto un meccanismo che, oltre una certa soglia di errori vincolanti, arresti l'elaborazione e rigetti in blocco i dati. Si stabilisce tale soglia critica al 30% di record scartati sul modello T.

4.2 Ulteriori controlli sui dati acquisiti

4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati

I record che hanno superato la prima fase di elaborazione sono acquisiti dal sistema e sottoposti ad una seconda fase di controlli descritti in dettaglio al paragrafo 4.5 dove è riportato il quadro riepilogativo dei controlli relativi alla qualità globale dei dati. Il risultato di tali controlli viene memorizzato dal sistema su un opportuno archivio che registra, campo per campo, tutti gli errori riscontrati. L'esito è poi reso disponibile alle funzionalità di interrogazione del sistema per la produzione di report sulla qualità dei dati. Ai fini di un utilizzo statistico dei dati nessuno dei controlli di questa seconda fase è vincolante, ossia non viene scartata alcuna ricetta o prestazione. Ciò non toglie che le anomalie riscontrate abbiano comunque un impatto più o meno sensibile sulla significatività delle statistiche.

1) Determinazione della residenza dell'assistito

In questa fase dell'elaborazione viene anche determinata la residenza dell'assistito ai fini finanziari sulla base dei campi Codice comune assistito, Codice regione assistito, Codice Asl assistito riportati sul modello S. La residenza dedotta (intesa come regione e Asl di addebito anche ai fini finanziari) viene attribuita a partire dal campo Codice comune o stato di residenza assistito.

Nel caso in cui i primi tre caratteri del campo Codice comune assistito valgano '999', il sistema interpreterà la residenza come uno stato estero.

Altrimenti (se i primi tre caratteri del campo Codice comune sono diversi da '999') il sistema agisce come segue:

- se il Codice comune assistito indicato è presente sulla tabella dei comuni italiani, viene assunta la regione corrispondente (anche in caso di incongruenza con il Codice regione riportato sul modello S)
- se il Codice comune assistito risulta non valorizzato o non presente sulla tabella dei comuni italiani, verranno assunti per la regione e la Asl di residenza / addebito i valori indicati nei campi Codice regione assistito, Codice Asl assistito.

Nel caso di stranieri residenti all'estero la Asl di residenza verrà assunta uguale a spazio (indipendentemente dal contenuto del campo Asl del file inviato).

Nel caso di comune multiusl (attualmente solo Torino e Roma) la Asl di residenza/addebito è dedotta da quella riportata sul modello S. Si specifica che quanto sopra esposto descrive regole di trasformazione dei dati ricevuti e non va confuso con le regole di compilazione dei campi da rilevare per le quali occorre fare riferimento a quanto specificato al paragrafo 2.6 Ulteriori precisazioni sul significato di alcuni campi alla voce "Dati relativi alla residenza dell'assistito e pazienti stranieri".

2) Calcolo centralizzato dell'importo netto

Il sistema effettua il ricalcolo dell'importo netto adottando le tariffe unitarie del Nomenclatore Tariffario Regionale. In caso di prestazioni non comprese nel Nomenclatore, di incongruenza tra le tariffe indicate sul modello T e le tariffe del Nomenclatore, o nel caso in cui l'importo netto indicato sul modello S sia calcolato in modo errato, l'importo netto ricalcolato risulterà pertanto diverso da quello dichiarato sul modello S.

Si sottolinea che ad eventuali prestazioni non comprese nel Nomenclatore Regionale viene riconosciuto il valore contabile pari a zero Euro, per i residenti liguri.

Analogamente per le prestazioni escluse dai LEA ai sensi della DGR n 839 del 26 Luglio 2002 e non più erogabili come a carico del SSN l'importo contabile riconosciuto sarà pari a zero Euro per i residenti liguri (per le ricette aventi indicato onere della prestazione = 1).

Per le prestazioni di OBI, ai fini del riconoscimento economico per i residenti liguri a carico SSN, l'importo totale lordo e netto verrà comunque reimpostato centralmente in base alla tariffa vigente per l'OBI alla data di erogazione a prescindere dal valore totale corrispondente alla singole prestazioni presenti sul file T e dall'importo totale netto indicato dalle Aziende. Attualmente per la tariffazione dell'OBI vale quanto previsto dalla DGR n. 114 del 5/2/2003.

Nonostante l'operazione di ricalcolo sia effettuata sulla globalità dei dati acquisiti, per i non residenti in Liguria ai fini della compensazione interregionale e ai fini dell'invio dei dati al Ministero sistema EMUR dell'NSIS, sono utilizzati gli importi indicati dall'Azienda sui modelli S e T.

NOTA: Con prestazioni non comprese nel Nomenclatore si intendono:

- Prestazioni non presenti in assoluto sul Nomenclatore;
- Prestazioni presenti sul Nomenclatore ma non attive alla data di riferimento (es. 95.02 Visita Oculistica) qualora la data di riferimento sia corretta e congrua con il periodo di riferimento dei dati;
- Prestazioni di ricette aventi data formalmente non corretta (non è una data) o assente presenti sul Nomenclatore ma chiuse rispetto al primo giorno del periodo (mese) di riferimento dei dati;
- Prestazioni di ricette aventi data formalmente corretta (è una data) ma incongruente rispetto al periodo di riferimento dei dati e chiuse rispetto sia al primo giorno del periodo (mese) di riferimento dei dati che rispetto alla data riportata.
- Prestazioni non previste dal Nomenclatore Regionale 1996 ma la cui trasmissione è stata concessa dal MEF, con tariffa attribuita 0, su segnalazione delle Aziende liguri e a scopo puramente statistico (tabella NOM_MEF).

4.3 Compensazione interregionale

Si descrive brevemente il trattamento effettuato per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Vengono estratte le ricette con regione dell'assistito diversa da 070 utilizzando, per la determinazione della regione, il criterio descritto al precedente paragrafo "Determinazione della residenza dell'assistito".

Per tali ricette sono effettuati i controlli descritti al paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati al punto 3 Controlli relativi alla compensazione interregionale.

I controlli sono classificabili in 4 tipologie:

causa di sospensione: sono situazioni in cui le ricette sono sospese dalla compensazione per motivi logici (ad es. l'importo netto nullo) e non saranno pertanto inviate ad alcuna regione italiana.

Le ricette che non superano questi controlli sono contrassegnate come "*non compensabili per criterio*" ed eliminate dal processo di compensazione.

causa di non compensabilità: sono situazioni nelle quali le ricette presentano almeno un'anomalia di compilazione (es. la regione non identificabile) tale per cui non potranno essere inviate ad alcuna regione.

Le ricette che incorrono in almeno un errore, se non già sospese, vengono contrassegnate come "*non compensabili per errore*" ed eliminate dal processo di compensazione.

causa di contestabilità: sono situazioni nelle quali le ricette o le singole prestazioni presentano almeno un'anomalia di compilazione tale per cui potrebbero essere contestate dalle altre regioni.

Le ricette che incorrono in almeno un errore di questo tipo, pur se inoltrate al processo di compensazione (ossia inviate alle altre regioni per l'addebito), vengono contrassegnate come "contestabili". E' sufficiente che sia riscontrato anche un solo errore su una qualsiasi delle prestazioni del gruppo-ricetta per rendere "contestabile" l'intera ricetta.

segnalazione di anomalia: sono situazioni nelle quali sono rilevate anomalie per le quali tuttavia il protocollo interregionale non prevede allo stato attuale la possibilità di contestazione da parte delle altre regioni.

L'esito di tutti i controlli sopra riportati viene segnalato nella reportistica sugli errori

Nota: L'ordine gerarchico con cui vengono eseguiti i controlli è quello delle 4 tipologie sopra riportate.

Così ad esempio, se una ricetta o una prestazione è individuata come sospesa, tale sarà la sua classificazione ai fini contabili, indipendentemente dall'esito dei controlli successivi che vengono comunque eseguiti.

4.4 Riconoscimento economico delle prestazioni rese ai residenti liguri

In questo paragrafo si illustra il trattamento effettuato per la costituzione della base dati contabile di cui alla Circolare Regionale N. 213/102032, utilizzato per il riconoscimento economico delle prestazioni rese ai residenti liguri a carico SSN.

Vengono estratte le ricette con regione residenza 070 utilizzando, per la determinazione della regione, il criterio descritto al precedente paragrafo "Determinazione della residenza dell'assistito".

Per tali ricette vengono quindi effettuati i controlli descritti al paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati al punto 4 Controlli relativi alla costituzione della base dati contabile.

I controlli sono classificabili in 2 tipologie:

causa di sospensione: sono situazioni in cui le ricette sono sospese dalla compensazione per motivi logici (ad es. l'importo netto ricalcolato ≤ 0) e non potranno essere riconosciute economicamente ad alcuna Azienda ligure.

Le ricette che non superano questi controlli sono contrassegnate come "*non compensabili per criterio*" ed eliminate dal processo contabile.

causa di non compensabilità: sono situazioni nelle quali le ricette o le singole prestazioni presentano almeno un'anomalia di compilazione tale per cui non potranno essere riconosciute.

Le ricette che non superano questi controlli, se non già sospese, sono contrassegnate come "*non compensabili per errore*" ed eliminate dal processo contabile.

segnalazione di anomalia: sono situazioni nelle quali sono rilevate anomalie per le quali tuttavia il protocollo allo stato attuale non esclude il riconoscimento economico dell'erogato.

Le ricette che superano tutti i controlli sono classificate come "*compensabili*" e caricate sulla base dati contabile.

L'esito di tutti i controlli sopra riportati viene segnalato nella reportistica sugli errori

Nota: L'ordine gerarchico con cui vengono eseguiti i controlli è quello delle 3 tipologie sopra riportate.

Così ad esempio, se una ricetta o una prestazione è individuata come sospesa, tale sarà la sua classificazione ai fini contabili, indipendentemente dall'esito dei controlli successivi che vengono comunque eseguiti.

4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati

Si riporta in questa sezione il prospetto dei controlli effettuati sui modelli S e T con i relativi codici diagnostici che, in caso di anomalie, vengono evidenziati nei report di ritorno alle aziende per la correzione dei dati.

I controlli sono articolati in 4 fasi:

- 1) Preliminari bloccanti
- 2) Qualità globale dei dati
- 3) Compensazione interregionale
- 4) Costituzione della base dati contabile per i residenti liguri

I controlli del punto 1 riguardano la globalità dei dati trasmessi, i controlli del punto 2 i dati acquisiti sul sistema, i controlli dei punti 3 e 4 sono relativi ai soli utenti non liguri e liguri rispettivamente.

L'ordine con cui sono riportati i controlli è quello in cui si trovano i campi nei tracciati record.

1) CONTROLLI PRELIMINARI BLOCCANTI

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Identificativo ricetta (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Identificativo ricetta</i> sia valorizzato sul modello S.	U188: CHIAVE NON VALORIZZATA SU MODELLO S
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice (mod.S) <i>Cod.struttura erogatrice (mod.S)</i> <i>Identificativo ricetta (mod.S)</i>	Viene controllato che, per ogni periodo di rilevazione e azienda, non esistano doppioni rispetto alla chiave identificativa del record del modello S costituita da Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Cod.struttura erogatrice + Identificativo ricetta. Il controllo dal 2010 è fatto su base annua e comprenderà anche i dati già acquisiti in precedenti invii per dati relativi allo stesso anno	U190: CHIAVE DUPLICATA SU MODELLO S
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice (mod.S) <i>Cod.struttura erogatrice (mod.S)</i> <i>Identificativo ricetta (mod.S)</i>	Viene verificato che, per ciascun record del modello S, esista almeno un record nel modello T con la stessa chiave Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice + Identificativo ricetta	U194: RECORD SENZA RISCONTRO SUL MODELLO T
<i>Identificativo ricetta (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Identificativo ricetta</i> sia valorizzato sul modello T.	U188: CHIAVE NON VALORIZZATA SU MODELLO T
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice (mod.T) <i>Cod.struttura erogatrice (mod.T)</i> <i>Identificativo ricetta (mod.T)</i>	Viene verificato che, per ciascun record del modello T, esista un record nel modello S con la stessa chiave Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice + Identificativo ricetta.	U195: RECORD SENZA RISCONTRO SUL MODELLO S
<i>Codice prestazione (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice prestazione</i> sia valorizzato.	U191: CHIAVE NON VALORIZZATA SU MODELLO T

NOTA: Il mancato superamento di uno qualsiasi dei controlli bloccanti sopra riportati, implica lo scarto del record. Per ogni record scartato del modello S sono scartati anche tutti i record corrispondenti del modello T e viceversa. Il successivo vincolo è stato superato in base ad alcuni casi particolari. *Se il numero di record scartati del modello T supera il 30% del numero totale di record letti del modello T l'intero flusso viene rifiutato.*

2) CONTROLLI RELATIVI ALLA QUALITA' GLOBALE DEI DATI

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice (mod.S)	Viene controllato che il campo Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice sia valorizzato.	U793: CODICE AZIENDA STRUTTURA EROGATRICE ERRATO/NON VAL. SU MODELLI S/T
<i>Cod.struttura erogatrice (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice struttura erogatrice</i> sia valorizzato.	U386: CODICE PRESIDIO NON VALORIZZATO
<i>Cod.struttura erogatrice (mod.S)</i>	Viene controllato che il presidio indicato con Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice sia conforme alla tabella anagrafica ministeriale mod. STS11. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati.	U387: CODICE PRESIDIO NON PRESENTE IN TABELLA ANAGRAFICA STS11
<i>Cod.struttura erogatrice (mod.S)</i>	Viene controllato che il presidio indicato con Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice sia attivo nel mese di riferimento dei dati. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati ed il presidio è presente sulla tabella anagrafica STS11.	U577: PRESIDIO INATTIVO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO DEI DATI
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i> <i>Matricola regionale (mod.S)</i>	Viene controllato che almeno uno tra i campi <i>Codice fiscale assistito</i> e <i>Matricola regionale</i> sia valorizzato.	U291: IDENTIFICATIVO UTENTE ASSENTE O ERRATO
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice fiscale assistito</i> sia valorizzato Il controllo viene eseguito per: <ul style="list-style-type: none"> le ricette che contengono prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato L sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96), il controllo è effettuato se le ricette hanno onere della prestazione = '1'; le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva e onere della prestazioni valorizzato a: 1= Onere a carico del SSN, 4= solvente, per i casi seguiti da ricovero) 	U022: CAMPO OBBLIGATORIO
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice fiscale assistito</i> sia formalmente corretto (controllo del check digit). Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U317: CODICE FISCALE FORMALMENTE ERRATO
<i>Matricola regionale (mod. S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Matricola regionale</i> sia formalmente corretto. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U534: MATRICOLA REGIONALE FORMALMENTE ERRATA
<i>Cognome assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Cognome assistito</i> sia valorizzato.	U609: COGNOME ASSISTITO NON VALORIZZATO
<i>Cognome assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Cognome assistito</i> sia formalmente corretto (ossia non contenente caratteri numerici, caratteri ripetuti ecc.) Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U544: COGNOME FORMALMENTE ERRATO
<i>Nome assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Nome assistito</i> sia valorizzato	U610: NOME ASSISTITO NON VALORIZZATO
<i>Nome assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Nome assistito</i> sia formalmente corretto (ossia non contenente numeri, caratteri ripetuti ecc.) Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U545: NOME FORMALMENTE ERRATO

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Sesso (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Sesso</i> sia valorizzato	U611: SESSO ASSISTITO NON VALORIZZATO
<i>Sesso (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Sesso</i> contenga i valori: M=Maschi F=Femmine. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA
<i>Data di nascita (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data di nascita</i> sia valorizzato	U321: DATA DI NASCITA NON VALORIZZATA
<i>Data di nascita (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data di nascita</i> sia formalmente corretto. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U322: DATA DI NASCITA FORMALMENTE NON CORRETTA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice comune o stato di residenza</i> sia valorizzato	U612: COMUNE O STATO DI RESIDENZA NON VALORIZZATO
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice comune o stato di residenza</i> sia conforme alla tabella di decodifica COMI.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato con i primi 3 caratteri diversi da 999.	U354: CODICE COMUNE NON PRESENTE IN TABELLA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Nel caso i primi 3 caratteri 999 indichino che si tratta di uno stato estero viene controllato che il campo <i>Codice comune o stato di residenza</i> sia conforme alla tabella di decodifica STATIS.TXT.	U613: CODICE STATO NON PRESENTE IN TABELLA
<i>Cod. regione assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice regione assistito</i> sia valorizzato. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Cod.comune o stato res.</i> è valorizzato con i primi 3 caratteri diversi da 999.	U614: REGIONE ASSISTITO NON VALORIZZATA
<i>Cod. regione assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice regione assistito</i> sia conforme alla tabella di decodifica REG.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i> <i>Cod. regione assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che i campi <i>Cod. comune o stato di residenza</i> e <i>Cod. regione assistito</i> siano congruenti. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati e conformi alle rispettive tabelle.	U234: REGIONE ASSISTITO NON CONGRUENTE CON COMUNE DI RESIDENZA
<i>Cod. Asl assistito(mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice Asl assistito</i> sia valorizzato Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Cod.comune o stato res.</i> è valorizzato con i primi 3 caratteri diversi da 999.	U230: USL DI RESIDENZA MANCANTE
<i>Cod. Asl assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice Asl assistito</i> sia conforme alla tabella di decodifica USLIS.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA
<i>Cod. Asl assistito (mod.S)</i>	Per i residenti liguri e Azienda inviante una AUSL: Viene controllato che se il presidio erogatore è un privato (temporaneamente) accreditato non ubicato nella ASL inviante, la ASL di residenza dell'assistito NON sia diversa dalla ASL inviante; analogamente viene controllato che se il presidio erogatore è un privato (temporaneamente) accreditato ubicato nella ASL inviante la ASL di residenza dell'assistito sia quella della ASL inviante	U794 AUSL ASSISTITO LIGURE NON CONGRUENTE CON AUSL UBICAZIONE STRUTTURA PRIVATA
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data erogazione prestazioni</i> sia valorizzato.	U615: DATA DI EFFETTUAZIONE PRESTAZIONI NON VALORIZZATA

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data erogazione prestazioni</i> sia formalmente corretto. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U038: DATO NON CORRETTO
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data erogazione prestazioni</i> sia congruente con il periodo di riferimento dei dati. Il controllo è eseguito solo se la data è formalmente corretta.	U187: DATA DI EFFETTUAZIONE PRESTAZIONI NON CONGRUENTE CON PERIODO
<i>Data di nascita (mod.S)</i> <i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllata che i campi <i>Data di nascita</i> e <i>Data erogazione prestazioni</i> siano congruenti. Il controllo è eseguito solo se le date sono formalm. corrette.	U388: DATA DI NASCITA MAGGIORE DELLA DATA DI EFFETTUAZIONE PRESTAZIONI
<i>Importo ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo ticket</i> sia numerico. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato ed il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	U023: CAMPO NON NUMERICO
<i>Importo ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il formato del campo <i>Importo ticket</i> sia 9999.99 Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato ed il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U121: DATO CON FORMATO NON CORRETTO
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Posizione ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che: se <i>Posizione ticket</i> =1 (esente totale) → <i>Importo ticket</i> =0 Il controllo viene eseguito il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U268: ASSISTITO ESENTE ED IMPORTO TICKET DIVERSO DA ZERO
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Posizione ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che: se <i>Posizione ticket</i> =2 (non esente) → <i>Importo ticket</i> ≠0 Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U382: ASSISTITO NON ESENTE ED IMPORTO TICKET UGUALE A ZERO
<i>Importo totale netto (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo totale netto</i> sia numerico. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato ed il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U023: CAMPO NON NUMERICO
<i>Importo totale netto (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo totale netto</i> sia maggiore o uguale a zero. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato ed il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U027: VALORE INFERIORE AL CONSENTITO
<i>Importo totale netto (mod.S)</i>	Viene controllato che il formato del campo <i>Importo totale netto</i> sia 999999.99 Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato ed il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U121: DATO CON FORMATO NON CORRETTO
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Importo totale netto (mod.S)</i> <i>Importo unitario (mod.T)</i> <i>Quantita (mod.T)</i>	Viene controllata la quadratura tra gli importi ossia: $[\sum (\text{Importo unitario} \times \text{Quantità})] - \text{Importo ticket} = \text{Importo Netto}$ segnalando l'errore per maggiore. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	U270: IMPORTO LORDO MENO TICKET PAGATO MAGGIORE DI IMPORTO NETTO
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Importo totale netto (mod.S)</i> <i>Importo unitario (mod.T)</i> <i>Quantita (mod.T)</i>	Viene controllata la quadratura tra gli importi ossia: $[\sum (\text{Importo unitario} \times \text{Quantità})] - \text{Importo ticket} = \text{Importo Netto}$ segnalando l'errore per minore. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	U385: IMPORTO LORDO MENO TICKET PAGATO MINORE DI IMPORTO NETTO

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Importo totale netto (mod.S)</i> <i>Quantità (mod.T)</i>	Viene controllato che l' <i>Importo Netto</i> indicato sul modello S corrisponda all' <i>Importo Netto</i> ricalcolato centralmente ossia: $[\Sigma (\textit{Tariffa Nomen.} \times \textit{Quantità})] - \textit{Importo ticket} = \textit{Importo Netto}$ Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5 e se la prestazione non è un OBI per residente ligure	U634: IMPORTO NETTO INDICATO NON CONGRUENTE CON IMPORTO NETTO RICALCOLATO
<i>Codice branca ricetta (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice branca ricetta</i> sia valorizzato	U616: CODICE BRANCA NON VALORIZZATO
<i>Codice branca ricetta (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice branca ricetta</i> sia conforme alla tabella di decodifica BRAN96.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U271: CODICE BRANCA NON PRESENTE IN TABELLA
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Onere delle prestazioni</i> sia valorizzato	U617: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON VALORIZZATO
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Onere delle prestazioni</i> o contenga i valori: 1=a carico del SSN 4=a pagamento (o a carico del successivo ricovero per le OBI) 5=libera professione 7=stranieri convenzionati 8=stranieri indigenti 9=altro non a carico SSN Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U618: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON CONGRUENTE CON DOMINIO
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Per le ricette che contengono prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione escluse dai LEA (prestazioni con indicato E sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96), il campo onere della prestazione non può valere '1','7','8'	U743: PRESTAZIONE NON PREVISTA A CARICO DEL SSN (ESCLUSA DAI LEA)
<i>Posizione ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Posizione ticket</i> sia valorizzato	U619: POSIZIONE TICKET NON VALORIZZATA
<i>Posizione ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Posiz.ticket</i> contenga i valori: 1= Esenzione totale 2= Non esente 3= Pagamento quota ricetta Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U620: POSIZIONE TICKET NON CONGRUENTE CON DOMINIO
<i>Canale di accesso (mod S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Canale di accesso</i> sia valorizzato.	U621: CODICE CANALE DI ACCESSO NON VALORIZZATO
<i>Canale di accesso (mod S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Canale di accesso</i> contenga i valori: ME=Medico di base SS=Medico specialista AD=Accesso diretto PS=Pronto soccorso OB=Osservazione Breve Intensiva AL=Altro Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U622: CODICE CANALE DI ACCESSO NON CONGRUENTE CON DOMINIO
<i>Data prenot. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data prenotazione prestazioni</i> sia formalmente corretta. Il controllo viene effettuato solo se il campo è valorizzato.	U623: DATA PRENOTAZIONE FORMALMENTE NON CORRETTA

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Data di nascita (mod.S)</i> <i>Data prenot. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllata che i campi <i>Data di nascita</i> e <i>Data prenotazione prestazioni</i> siano congruenti. Il controllo è eseguito solo se le date sono formalm. corrette.	U624: DATA DI NASCITA MAGGIORE DELLA DATA DI PRENOTAZIONE
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i> <i>Data prenot. prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che i campi <i>Data erogazione prestazioni</i> e <i>Data prenotazione prestazioni</i> siano congruenti. Il controllo è eseguito solo se le date sono formalm. corrette.	U625: DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI MAGGIORE DELLA DATA DI PRENOTAZIONE
<i>Codice patologia (mod. S)</i>	Viene controllato che il campo sia valorizzato Il controllo viene eseguito per: le ricette che contengono almeno una prestazione ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione a carattere terapeutico erogabile su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato LT sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96), il controllo è effettuato se le ricette hanno onere della prestazione = '1'. Il controllo è applicato per le prestazioni erogate dal 1° Luglio 2003	U022: CAMPO OBBLIGATORIO
<i>Codice patologia (mod. S)</i>	Viene controllato che il campo se valorizzato contenga un codice ICD9CM 2007 consentito in base alla tabella DIAGN_ICD9CM07_sezD (codici completi) o, in subordine, in base alla tabella CAT_ICD9CM2007 (codici completi fino alla 3° cifra) per le ricette che contengono almeno una prestazione ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione a carattere terapeutico erogabile su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato LT sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96), il controllo è effettuato sulle ricette con onere della prestazione = '1'. Il controllo è applicato per le prestazioni erogate dal 1° Luglio 2003	U742: PATOLOGIA PER PRESTAZIONE DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE NON CORRETTA
<i>Codice patologia (mod. S)</i>	Viene controllato che il campo se valorizzato contenga un codice ICD9CM 2007 consentito in base alla tabella ICDOBI per le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva)	U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA
<i>Ora inizio</i>	Viene controllato che il campo sia valorizzato Il controllo viene eseguito per le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva)	U022: CAMPO OBBLIGATORIO
<i>Ora inizio</i>	Viene controllato che il campo sia formalmente corretto del tipo HHMM; il controllo viene eseguito per le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva) Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U121: DATO CON FORMATO NON CORRETTO
<i>Ora fine</i>	Viene controllato che il campo sia valorizzato Il controllo viene eseguito per le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva)	U022: CAMPO OBBLIGATORIO
<i>Ora fine</i>	Viene controllato che il campo sia formalmente corretto del tipo HHMM; il controllo viene eseguito per le ricette relative a prestazioni in OBI (canale di accesso OB = Osservazione Breve Intensiva) Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	U121: DATO CON FORMATO NON CORRETTO
<i>Codice prestazione (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice prestazione</i> sia conforme al Nomenclatore NOM96.TXT o NOM_MEF.TXT	U626: PRESTAZIONE NON PRESENTE NEL NOMENCLATORE

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Codice prestazione (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice prestazione</i> sia attiva alla data di erogazione.	U627: PRESTAZIONE NON ATTIVA ALLA DATA DI RIFERIMENTO
<i>Codice branca (mod.S)</i> <i>Codice prestazione (mod.T)</i>	Viene controllata la congruenza tra i campi <i>Codice branca</i> e <i>Codice prestazione</i> verificando la presenza della coppia prestazione-branca all'interno della tabella NOM_BRA.TXT o NOM_BRA2.TXT o NOM_BRAMEF.TXT. In caso di record non trovato l'accesso alla tabella viene rieseguito forzando <i>Codice branca</i> =26 (in questo modo il sistema accetta anche branche # 26 per le prestazioni Visita generale e Visita successiva). Il controllo non è effettuato per le ricette con campo canale di accesso = 'PS' o 'OB'	U272: INCONGRUENZA TRA CODICE PRESTAZIONE E CODICE BRANCA
<i>Importo unitario (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo unitario</i> sia valorizzato Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	U628: TARIFFA UNITARIA NON VALORIZZATA
<i>Importo unitario (mod.T)</i>	Viene controllato che il formato del campo <i>Importo unitario</i> sia 99999.99 Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato e il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U121: DATO CON FORMATO NON CORRETTO
<i>Importo unitario (mod.T)</i>	Viene controllato che il valore del campo <i>Importo unitario</i> corrisponda alla tariffa indicata sul Nomenclatore Regionale. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	U267: TARIFFA UNITARIA DICHIARATA NON CONGRUENTE CON TARIFFA REGIONALE
<i>Quantità (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Quantità</i> sia numerico. NB: I valori non numerici e lo zero sono assunti=1	U023: CAMPO NON NUMERICO
<i>Quantità (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Quantità</i> sia ≥ 0 . NB: I valori negativi sono assunti=1	U027: VALORE INFERIORE AL CONSENTITO
<i>Quantità (mod.T)</i>	Viene controllato che non siano superate le 8 prestazioni per ricetta. Il calcolo è effettuato sommando il campo <i>Quantità</i> su tutti i records del gruppo-ricetta. Il controllo viene eseguito solo se: - <i>Onere delle prestazioni</i> = 1 (a carico del SSN) - <i>Codice branca</i> #12 (Riabilitazione funzionale). NB: i prelievi di sangue (codici 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3) associati alla branca 11 (Laboratorio) devono essere esclusi dal conteggio delle prestazioni.	U273: NUMERO DI PRESTAZIONI PER RICETTA ECCEDENTE I LIMITI DI PRESCRIVIBILITÀ
<i>Disciplina erogatore (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice disciplina erogatore</i> sia valorizzato	U629: CODICE DISCIPLINA EROGATORE NON VALORIZZATO
<i>Disciplina erogatore (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice disciplina erogatore</i> sia conforme alla tabella di decodifica DISCIPS.TXT.	U630: CODICE DISCIPLINA EROGATORE NON PRESENTE IN TABELLA
<i>Indicat. tipo prestazione (mod. T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Indicat. tipo prestazione</i> sia valorizzato	U631: INDICATORE TIPO PRESTAZIONE NON VALORIZZATO

CAMPO	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO
<i>Indicat. tipo prestazione (mod. T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Indicat. tipo prestazione</i> contenga i valori: O = regime ordinario P = accesso diretto / pronto soccorso U = regime di urgenza D = regime di urgenza differita S = screening A = altro non rientrante nei tempi di attesa Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato e il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U632: INDICATORE TIPO PRESTAZIONE NON CONGRUENTE CON DOMINIO
<i>Flag prestazione a gettone (mod. T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Indicat. tipo prestazione</i> sia congruente con il dominio S/N/blank Il valore blank viene assunto uguale a N Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato e il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5.	U633: FLAG PRESTAZIONE A GETTONE NON CORRETTO
<i>Numero record (mod. T)</i>	Viene controllato che il numero record sia minore 99	U741: Ricetta con piu' di 98 record sul modello T
<i>Tipo esenzione (PS e OB)</i>	Viene controllato che, se canale di accesso = PS o OB, il campo sia valorizzato secondo la tabella TPESEPS.TXT	U022: CAMPO OBBLIGATORIO U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA
<i>Codice esenzione</i>	Viene controllato che, se canale di accesso = PS o OB, il campo sia valorizzato Se valorizzato deve essere uno dei valori presenti sulla tabella ESENAMB.TXT	U022: CAMPO OBBLIGATORIO (per canale di accesso PS e OB) U030: RIFERIMENTO NON ESISTENTE SULLA TAVOLA DI DECODIFICA

3) CONTROLLI RELATIVI ALLA COMPENSAZIONE INTERREGIONALE

Si riporta un prospetto relativo al riconoscimento economico delle prestazioni erogate ai residenti fuori regione ed alla classificazione delle ricette/prestazioni ai fini contabili. **Nel prospetto i controlli sono riportati secondo la gerarchia di effettuazione.**

pr.	Condizione	Liv. Ric.	Liv. Pres	ric.econ.	gergo	imp.ricon.p er ricetta	Err.Pr.	Errore
1	Se Onere della Prestazione non a Carico del SSN	X		No	Sosp. criterio	0	SI	F022: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON A CARICO SSN
2	Se importo totale netto minore o uguale a zero	X		No	Sospesa	0	SI	F007: IMPORTO MINORE O UGUALE A ZERO
3	Se regione di appartenenza non identificata	X		No	No. Comp.	0	SI	F006: REGIONE APPARTENENZA NON IDENTIFICATA
4	Se numero record modello T > 98	X		SI	No. Comp.		SI	F143: RICETTA CON PIU' DI 98 RECORD SUL MODELLO T
5	Se identificativi assistito assenti	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F002: IDENTIFICATIVI ASSISTITO ASSENTI
6	Se matricola regionale formalmente errata	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F048: MATRICOLA REGIONALE FORMALMENTE ERRATA
7	Se codice fiscale formalmente errata	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F047: CODICE FISCALE FORMALMENTE ERRATO
8	Se cognome nome formalmente errata	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F046: COGNOME E/O NOME FORMALMENTE ERRATI
9	Se importo ticket non numerico o non valorizzato	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F096: IMPORTO TICKET NON NUMERICO O NON VALORIZZATO
10	Se prestazione non esiste su nomenclatore		X	SI	CONTESTABILITA		SI	F076: PRESTAZIONE NON ESISTE SU NOMENCLATORE
11	Se campo quantità non numerico		X	SI	CONTESTABILITA		SI	F026: CAMPO QUANTITA' NON NUMERICO
12	Se posizione ticket errata o assente	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F037: POSIZIONE TICKET ERRATA O ASSENTE
13	Se importo unitario non numerico / non valorizzato		X	SI	CONTESTABILITA		SI	F095: IMPORTO UNITARIO NON NUMERICO / NON VALORIZZATO
14	Se imptot > somma(importo righe) – ticket	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F071: IMPTOT > SOMMA(IMPORTO RIGHE) – TICKET
15	Se comune residenza valorizzato e errato (solo per onere prestazione SSN)	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F072: COMUNE RESIDENZA VALORIZZATO E ERRATO
16	Se comune incongruente con regione residenza	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F073: COMUNE INCONGRUENTE CON REGIONE RESIDENZA
17	Se comune residenza non valorizzato	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F004: COMUNE RESIDENZA NON VALORIZZATO
18	Se data di nascita assistito non valorizzato	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F125: DATA DI NASCITA ASSISTITO NON VALORIZZATO
19	Se dato di nascita assistito formalmente non corretta	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F126: DATO DI NASCITA ASSISTITO FORMALMENTE NON CORRETTA
20	Se data prestazione non congruente con periodo	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F077: DATA PRESTAZIONE NON CONGRUENTE CON PERIODO
21	Se almeno una prestazione riferita a riabilitazione esclusa dai LEA (valore E su campo note del Nomenclatore Regionale NOM96) e onere della prestazione = 1 Onere a carico del SSN	X		SI	CONTESTABILITA		SI	F145: PRESTAZIONE NON PREVISTA A CARICO SSN
22	Se onere delle prestazioni non valorizzato	X		SI	ANOMALIA			F008: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON VALORIZZATO
23	Se ASL residenza assistito errata o assente	X		SI	ANOMALIA			F025: ASL RESIDENZA ASSISTITO ERRATA O ASSENTE

I criteri definiti ai punti 1,2,3 danno origine a situazioni per le quali la ricetta è sospesa dalla compensazione per motivi logici o per errore ; gli altri casi danno origine a situazioni per le quali la ricetta rientra nel processo di compensazione interregionale.

Nel seguente prospetto sono riportati i medesimi controlli ma ordinati per singolo campo e non per gerarchia di effettuazione.

CAMPO/I	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO	TIPO SEGNALAZIONE
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i> <i>Matricola regionale (mod.S)</i>	Viene controllato che almeno uno tra i campi <i>Codice fiscale assistito</i> e <i>Matricola regionale</i> sia valorizzato.	F002: IDENTIFICATIVI ASSISTITO ASSENTI	CONTESTABILITA
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice fiscale assistito</i> sia formalmente corretto (controllo del check digit). Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	F047: CODICE FISCALE FORMALMENTE ERRATO	CONTESTABILITA
<i>Cognome assistito (mod.S)</i> <i>Nome assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che i campi <i>Cognome assistito</i> e <i>Nome assistito</i> siano formalmente corretti, ossia: non vuoti, non contenenti caratteri impropri quali ad esempio numeri ecc., con lunghezza almeno 2 caratteri, ecc.	F046: COGNOME E/O NOME FORMALMENTE ERRATI	CONTESTABILITA
<i>Data di nascita (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data di nascita</i> sia valorizzato Il controllo viene eseguito solo se non è presente la dicitura ANONIMO nei campi Cognome e Nome	F125: DATA DI NASCITA ASSISTITO NON VALORIZZATO	CONTESTABILITA
<i>Data di nascita (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data di nascita</i> sia formalmente corretto. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato e purchè non sia presente la dicitura ANONIMO nei campi Cognome e Nome	F126: DATO DI NASCITA ASSISTITO FORMALMENTE NON CORRETTA	CONTESTABILITA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice comune residenza</i> sia valorizzato.	F127: COMUNE RESIDENZA NON VALORIZZATO	CONTESTABILITA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice comune residenza</i> sia conforme alla tabella di decodifica COMIS.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato	F072: COMUNE RESIDENZA VALORIZZATO E ERRATO	CONTESTABILITA
<i>Cod. regione assistito</i>	Viene controllato che la regione di appartenenza dell'assistito desunta con il criterio descritto al paragrafo 2.2 sia conforme alla tabella di decodifica REG.TXT.	F006: REGIONE APPARTENENZA NON IDENTIFICATA	NON COMPENSABILITA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i> <i>Cod. regione assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che i campi <i>Codice comune residenza</i> e <i>Cod. regione assistito</i> siano congruenti. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati	F073: COMUNE INCONGRUENTE CON REGIONE RESIDENZA	CONTESTABILITA
<i>Cod. Asl assistito (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice Asl assistito</i> sia valorizzato e conforme alla tabella di decodifica USLIS.TXT. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato.	F025: USL RESIDENZA ASSISTITO ERRATA O ASSENTE	ANOMALIA
<i>Data erogaz. prestaz. (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Data erogazione prestazioni</i> sia valorizzata, formalmente corretta e compresa nel periodo di riferimento dei dati.	F077: DATA PRESTAZIONE NON CONGRUENTE CON PERIODO	CONTESTABILITA
<i>Importo ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo ticket</i> sia valorizzato e numerico. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	F096: IMPORTO TICKET NON NUMERICO O NON VALORIZZATO	CONTESTABILITA
<i>Importo totale netto (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo totale netto</i> indicato sul modello S sia numerico e maggiore di zero. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	F007: IMPORTO MINORE O UGUALE A ZERO	SOSPENSIONE
<i>Importo ticket (mod.S)</i> <i>Importo totale netto (mod.S)</i> <i>Importo unitario (mod.T)</i> <i>Quantità (mod.T)</i>	Viene controllata la quadratura tra gli importi ossia: $[\sum (\text{Importo unitario} \times \text{Qtà})] - \text{Importo ticket} = \text{Importo Netto}$ segnalando l'errore per minore. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	F071: IMPTOT > SOMMA(IMPORTO RIGHE) - TICKET	CONTESTABILITA

CAMPO/I	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO	TIPO SEGNALAZIONE
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Onere delle prestazioni</i> sia valorizzato	F008: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON VALORIZZATO	ANOMALIA
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Onere delle prestazioni</i> sia diverso da 4, 5, 7, 8, 9 Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato Nota: Questo controllo viene effettuato prima del controllo sull'importo totale netto	F022: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON A CARICO SSN	SOSPENSIONE
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che se il campo <i>Onere della prestazione</i> = 1 tra le prestazioni presenti sulla ricetta non ve siano riferite a riabilitazione escluse dai LEA (valore E su campo note del Nomenclatore Regionale NOM96)	F145: PRESTAZIONE NON PREVISTA A CARICO SSN	CONTESTABILITA
<i>Matricola regionale (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Matricola regionale</i> sia formalmente corretto ossia: non contenente caratteri impropri, non contenente un codice fiscale. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato	F048: MATRICOLA REGIONALE FORMALMENTE ERRATA	CONTESTABILITA
<i>Codice prestazione (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Codice prestazione</i> sia conforme al Nomenclatore NOM96.TXT e che la prestazione sia attiva alla data di riferimento.	F076: PRESTAZIONE NON ESISTE SU NOMENCLATORE	CONTESTABILITA
<i>Posizione ticket (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Posizione ticket</i> sia valorizzato e congruente con il dominio: 1= Esenzione totale 2= Non esente Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	F037: POSIZIONE TICKET ERRATA O ASSENTE	CONTESTABILITA
<i>Importo unitario (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Importo unitario</i> sia valorizzato e numerico. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 5	F095: IMPORTO UNITARIO NON NUMERICO / NON VALORIZZATO	CONTESTABILITA
<i>Quantita (mod.T)</i>	Viene controllato che il campo <i>Quantità</i> sia numerico. I valori spazio e zero vengono assunti=1.	F026: CAMPO QUANTITA' NON NUMERICO	CONTESTABILITA
<i>Numero record modello T</i>	Viene controllato che il numero record modello T sia minore di 99	F143: RICETTA CON PIU' DI 98 RECORD SU MODELLO T	CONTESTABILITA

NOTA: I controlli di compensazione sopra riportati sono eseguiti solo se la regione di appartenenza dell'assistito desunta secondo il criterio specificato al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1 è diversa da 070.

4) CONTROLLI RELATIVI ALLA COSTITUZIONE DELLA BASE DATI CONTABILE PER I RESIDENTI LIGURI

Si riporta un prospetto relativo al riconoscimento economico delle prestazioni erogate ai residenti liguri ed alla classificazione delle ricette/prestazioni ai fini contabili. **Nel prospetto i controlli sono riportati secondo la gerarchia di effettuazione**

pr.	Condizione	Liv. Ric.	Liv. Pres	ric.econ.	gergo	imp.ricon. per ricetta	Err.Pr.	Errore
1	Se Onere della Prestazione non a Carico del SSN	X		No	sosp. criterio	0	SI	F022: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON A CARICO SSN
	Se Onere della Prestazione non valorizzato o non previsto	X		No	no. comp.	0	SI	F008: ONERE PRESTAZIONE NON VALORIZZ./ERRATO
2	Se Comune di residenza non ligure	X		No	no. comp.	0	SI	F116: RESIDENZA ASSISTITO NON DETERMINABILE
3	Se Data erogazione prestazioni non OK (non data o non valorizzata) o non congrua con il mese di riferimento	X		No	no. comp.	0	SI	F117: DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI NON VALORIZZATA / F118: DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI FORMALMENTE ERRATA / F077: DATA PRESTAZIONE NON CONGRUENTE CON PERIODO
4	Se Codice fiscale, Matricola e l'insieme Cognome+Nome+Data di nascita non siano valorizzati o tutti e formalmente non corretti. E' considerato valido il caso in cui i campi Cognome e Nome rechino la dicitura ANONIMO	X		No	no. comp.	0	SI	F115: ASSISTITO NON IDENTIFICABILE
5	Se Codice fiscale non valorizzato e Onere della prestazione = '1' e nella ricetta sono indicate prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato L sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) oppure se Codice fiscale non valorizzato e Onere della prestazione = '1' e la ricetta è riferita a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB) [sono esclusi dal controllo solo i casi con dicitura ANONIMO su Cognome e Nome]	X		No	no. comp.	0	SI	F106: CODICE FISCALE NON VALORIZZATO
6	Se Codice fiscale formalmente errato e Onere della prestazione = '1' e nella ricetta sono indicate prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato L sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) oppure Se Codice fiscale formalmente errato e Onere della prestazione = '1' e la ricetta è riferita a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB) [sono esclusi dal controllo solo i casi con dicitura ANONIMO su Cognome e Nome]	X		No	no. comp.	0	SI	F047: CODICE FISCALE FORMALMENTE ERRATO

pr.	Condizione	Liv. Ric.	Liv. Pres	ric.econ.	gergo	imp.ricon. per ricetta	Err.Pr.	Errore
7	Se il campo Codice patologia non valorizzato o errato (non presente su tabella DIAGN_ICD9CM07sezD o in subordinate CAT_ICD9CM2007) e Onere della prestazione = '1' e nella ricetta è indicata almeno una prestazione ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione erogabile su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato LT sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) Il controllo è applicato per le prestazioni erogate a partire dal 1° Luglio 2003	X		No	no. comp.	0	SI	F144: PATOLOGIA PREST.RIAB. ERRATA/MANCANTE
8	Se il campo Ora inizio e/o Ora fine non valorizzati o errati formalmente e Onere della prestazione = '1' e la ricetta è riferita a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB)	X		No	no. comp.	0	SI	F147: ORA INIZIO E/O FINE OBI ERRATA/MANCANTE
9	Se tutte le Prestazioni della ricetta sono KO							
	Se importo centrale NETTO minore di 0 e onere diverso da '1' e '5'	X		Si	anom		SI	F138: PREST.NI KO IMP.TOT.NETTO MINORE di zero
	Se importo centrale NETTO minore di 0 e onere = '1'	X		Si	anom	debito	SI	F120: PREST.NI KO IMP.TOT.NETTO MINORE di zero DEBITO
10	Se tutte le Prestazioni della ricetta sono OK							
	Se importo centrale minore di 0 e onere diverso da '1' e da '5'	X		Si	anom		SI	F139: PREST.NI OK IMP.TOT.NETTO RICALC. MINORE DI ZERO
	Se importo centrale minore di 0 e onere = '1'	X		Si	anom	debito	SI	F127: PREST.NI OK IMP.TOT.NETTO RICALC. MINORE DI ZERO (DEBITO)
11	In caso di Prestazioni 'miste'							
	Per le Prestazioni in Nomenclatore con importo centrale minore di 0 e onere diverso da '1' e '5'	X		Si	anom			F140: PREST.NI MISTE CON IMP.TOT.NETTO RICALC. MINORE DI ZERO
	Per le Prestazioni in Nomenclatore con importo centrale minore di 0 e onere = '1'	X		Si	Anom	debito		F134: PREST.NI MISTE CON IMP.TOT.NETTO RICALC. MINORE DI ZERO (DEBITO)
12	Prestazione non nomenclatore		X	Si	Anom.			F076: PRESTAZIONE NON PRESENTE SU NOMENCLATORE
13	Prestazione non attiva alla data di riferimento		X	Si	Anom.			F122: PRESTAZIONE NON ATTIVA ALLA DATA DI RIFERIMENTO
14	Prestazione riferita a riabilitazione esclusa dai LEA (valore E su campo note del Nomenclatore Regionale NOM96) e onere della prestazione = '1' Onere a carico del SSN		X	Sì	Anom.			F145: PRESTAZIONE NON PREVISTA A CARICO SSN
15	Quando Onere della Prestazione diversa da 5 e Importo unitario dichiarato diverso da quanto ricavato da nom.		X	Si	Anom			F123: TARIFFA DICHIARATA NON CONGRUENTE CON NOMENCLATORE
16	Quantità non numerica		X	Si	Anom			F124: QUANTITA' NON NUMERICA
17	Codice presidio (Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice)		X	Si	Anom			F113: CODICE PRESIDIO NON VALORIZZATO / F114: PRESIDIO NON PRESENTE IN TABELLA ANAGRAFICA STS11
18	Se Importo totale dichiarato diverso da quanto ricavato se onere diverso da '5' e la prestazione non è una OBI		X	Si	Anom			F121: IMPORTO TOTALE NETTO NON CORRETTO

I criteri definiti ai punti 1,2,3,4,5,6,7 danno origine a situazioni per le quali la ricetta è sospesa dalla compensazione per motivi logici (punto 1) o per errore ; gli altri casi danno origine a situazioni per le quali la ricetta rientra nel processo di compensazione infraregionale. Nello schema precedente per Prestazione KO si intende codice prestazione non su nomenclatore, non attivo alla data di riferimento o codice prestazione che ha indicato valore E sul campo Note di NOM96 (prestazione di riabilitazione esclusa dai LEA) in presenza di onere della prestazione=1 (a carico SSN)

Nel seguente prospetto sono riportati i medesimi controlli ma ordinati per singolo campo e non per gerarchia di effettuazione.

CAMPO/I	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO	TIPO SEGNALAZIONE
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> è diverso da 1. Nota: Questo controllo viene effettuato prima del controllo sull'importo totale netto	F022: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON A CARICO SSN	SOSPENSIONE RICETTA
<i>Onere delle prestazioni (mod.S)</i>	Viene controllato che il campo <i>Onere delle prestazioni</i> sia valorizzato	F008: ONERE DELLE PRESTAZIONI NON VALORIZZATO	NON COMPENSABILITA RICETTA
<i>Cod.comune o stato res.(mod.S)</i>	Se il campo <i>Cod.comune o stato residenza</i> non indica un comune Ligure.	F116: RESIDENZA ASSISTITO NON DETERMINABILE	NON COMPENSABILITA RICETTA
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Se la <i>Data erogazione prestazioni</i> non è valorizzato.	F117: DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI NON VALORIZZATA	NON COMPENSABILITA RICETTA
<i>Data erogaz. prestazioni (mod.S)</i>	Se la <i>Data erogazione prestazioni</i> è formalmente non corretto. Il controllo viene eseguito solo se il campo è valorizzato	F118: DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI FORMALMENTE ERRATA	NON COMPENSABILITA RICETTA
<i>Data erogaz. prestaz. (mod.S)</i>	Se la <i>Data erogazione prestazioni</i> non è compresa nel periodo di riferimento dei dati. Il controllo viene eseguito solo se il campo è formalmente corretto	F077: DATA PRESTAZIONE NON CONGRUENTE CON PERIODO	NON COMPENSABILITA RICETTA
<i>Codice fiscale assistito (mod.S)</i> <i>Matricola regionale (mod.S)</i> <i>Cognome assistito (mod.S)</i> <i>Nome assistito (mod.S)</i> <i>Data di nascita (mod.S)</i>	Se <i>Codice fiscale</i> , <i>Matricola</i> , e l'insieme <i>Cognome+Nome+Data di nascita</i> non sono valorizzati o sono formalmente non corretti. E' considerato valido il caso in cui i campi <i>Cognome</i> e <i>Nome</i> rechino la dicitura ANONIMO	F115: ASSISTITO NON IDENTIFICABILE	NON COMPENSABILITA RICETTA
Codice fiscale assistito (mod. S)	Se Codice fiscale assistito non valorizzato e Onere della prestazione = '1' per ricette che contengono prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato L sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) oppure Codice fiscale assistito non valorizzato e Onere della prestazione = '1' per ricette riferite a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB)	F106: CODICE FISCALE NON VALORIZZATO	NON COMPENSABILITA RICETTA
Codice fiscale assistito (mod. S)	Se Codice fiscale assistito formalmente errato e Onere della prestazione = '1' per ricette che contengono prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione erogabili su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato L sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) oppure Se Codice fiscale assistito formalmente errato e Onere della prestazione = '1' per ricette riferite a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB)	F047: CODICE FISCALE FORMALMENTE ERRATO	NON COMPENSABILITA RICETTA

CAMPO/I	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO	TIPO SEGNALAZIONE
Codice patologia (mod. S)	Se il campo Codice patologia non valorizzato o errato (non presente su tabella DIAGN_ICD9CM07_sezD o in subordine CAT_ICD9CM2007) e Onere della prestazione = '1' e nella ricetta è indicata almeno una prestazione ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione erogabile su specifica indicazione clinica (prestazioni con indicato LT sul campo Note del Nomenclatore Regionale NOM96) Il controllo è applicato per le prestazioni erogate a partire dal 1° Luglio 2003	F144: PATOLOGIA PREST.RIAB. ERRATA / MANCANTE	NON COMPENSABILITA RICETTA
Ora inizio	Se il campo Ora inizio non valorizzato o errato formalmente e Onere della prestazione = '1' e la ricetta è riferita a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB)	F147: ORA INIZIO E/O FINE OBI ERRATA/MANCANTE	NON COMPENSABILITA RICETTA
Ora fine	Se il campo Ora fine non valorizzato o errato formalmente e Onere della prestazione = '1' e la ricetta è riferita a prestazioni in OBI (canale di accesso=OB)	F147: ORA INIZIO E/O FINE OBI ERRATA/MANCANTE	NON COMPENSABILITA RICETTA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se <u>tutte</u> le prestazioni della ricetta sono <u>non conformi</u> al Nomenclatore e l'Importo totale netto indicato < 0. (e onere diverso da '1', '5')	F138: PRESTAZIONI KO E IMPORTO TOT.NETTO INDICATO <0	ANOMALIA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se <u>tutte</u> le prestazioni della ricetta sono <u>non conformi</u> al Nomenclatore (comprese quelle che hanno indicato 'E' nel campo note di NOM96) e l'Importo totale netto indicato < 0. (e onere uguale a '1')	F120: PRESTAZIONI KO E IMPORTO TOT.NETTO INDICATO < 0 (DEBITO)	ANOMALIA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se <u>tutte</u> le prestazioni della ricetta sono <u>conformi</u> al Nomenclatore e l'Importo totale netto ricalcolato è < 0. (e onere diverso da '1', '5')	F139: PRESTAZIONI OK E IMPORTO TOT.NETTO RICALCOLATO < 0	ANOMALIA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se <u>tutte</u> le prestazioni della ricetta sono <u>conformi</u> al Nomenclatore e l'Importo totale netto ricalcolato è < 0. (e onere uguale a '1')	F127: PRESTAZIONI OK E IMPORTO TOT.NETTO RICALCOLATO < 0 (DEBITO)	ANOMALIA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se il gruppo ricetta contiene sia prestazioni <u>conformi</u> al Nomenclatore che prestazioni <u>non conformi</u> e l'Importo totale netto ricalcolato <0 (e onere diverso da '1', '5')	F140: PRESTAZIONI MISTE E IMPORTO TOT.NETTO RICALCOLATO < 0	ANOMALIA
Importo totale netto ricalcolato Codice prestazione (mod.T)	Se il gruppo ricetta contiene sia prestazioni <u>conformi</u> al che prestazioni <u>non conformi</u> Nomenclatore (comprese quelle che hanno indicato 'E' nel campo note di NOM96) e l'Importo totale netto ricalcolato < 0 (e onere uguale a '1')	F134: PRESTAZIONI MISTE E IMPORTO TOT.NETTO RICALCOLATO < 0 (DEBITO)	ANOMALIA
Codice prestazione (mod.T)	Se il Codice prestazione non è conforme al Nomenclatore. Il controllo viene eseguito solo se il campo è formalmente corretto	F076: PRESTAZIONE NON PRESENTE SU NOMENCLATORE	ANOMALIA
Codice prestazione (mod.T)	Se il Codice prestazione non è attivo alla data di erogazione.	F122: PRESTAZIONE NON ATTIVA ALLA DATA DI RIFERIMENTO	ANOMALIA
Codice prestazione (mod. T)	Se il codice prestazione è riferito a riabilitazione esclusa dai LEA (valore E su campo note del Nomenclatore Regionale NOM96) e onere della prestazione = '1' (a carico del SSN)	F145: PRESTAZIONE NON PREVISTA A CARICO SSN	ANOMALIA

CAMPO/I	CONTROLLO EFFETTUATO	SEGNALAZIONE DI ERRORE NEL CASO IL CONTROLLO NON SIA SUPERATO	TIPO SEGNALAZIONE
<i>Importo unitario (mod. T)</i>	Se il valore del campo <i>Importo unitario</i> non corrisponde alla tariffa indicata sul Nomenclatore. Il controllo viene eseguito solo se il campo <i>Onere delle prestazioni</i> diverso da 5	F123: TARIFFA DICHIARATA NON CONGRUENTE CON NOMENCLATORE	ANOMALIA
<i>Quantita (mod.T)</i>	Se il campo <i>Quantità</i> non è numerico o non valorizzato o negativi.	F124: QUANTITA' NON NUMERICA	ANOMALIA
Cod.struttura erogatrice (mod.S)	Se il campo Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice e il campo Codice struttura erogatrice non sono valorizzati .	F113: CODICE PRESIDIO NON VALORIZZATO	ANOMALIA
Cod.struttura erogatrice (mod.S)	Se il campo Codice struttura erogatrice non è conforme alla tabella STS11 dei Flussi Ministeriali. Se i codice presidio identificato con Codice Azienda di ubicazione della struttura erogatrice + Codice struttura erogatrice non è conforme alla tabella anagrafica ministeriale mod. STS11. Il controllo viene eseguito solo se i campi sono valorizzati.	F114: PRESIDIO NON PRESENTE IN TABELLA ANAGRAFICA STS11	ANOMALIA
<i>Importo totale netto (mod.S)</i> <i>Importo totale netto ricalcolato</i>	Se l' <i>Importo totale netto indicato</i> è diverso dall' <i>Importo totale netto ricalcolato</i> (se la prestazione non è una OBI)	F121: IMPORTO TOTALE NETTO NON CORRETTO	ANOMALIA

NOTA: I controlli di compensazione sopra riportati sono eseguiti solo se *Regione di appartenenza* desunta secondo il criterio specificato al paragrafo 2.2 è uguale a 070

5. REPORT E FILE DI RITORNO ALLE AZIENDE

5.1. Report di ritorno

Il sistema informatico regionale prevede la produzione di report di ritorno per le Aziende allo scopo di evidenziare le anomalie e consentire la correzione dei dati nei termini stabiliti.

I report individuati sono articolati secondo le fasi di elaborazione descritte nel paragrafo 4.

5.1.1 Controlli preliminari bloccanti

Sintesi errori vincolanti per presidio (cod. int. 805)

Una sezione per ogni azienda inviante e mese.

Le strutture erogatrici evidenziate sulle righe (presidi STS11).

Tre colonne contenenti: il numero di records pervenuti, il numero di records scartati, il numero di records acquisiti dal sistema nella fase dei controlli preliminari bloccanti.

Il report presenta nell'ordine il modello S ed il modello T.

Elenco errori vincolanti per scheda (cod. int. 825)

Una sezione per ogni azienda inviante e mese.

Riporta la chiave identificativa dei record errati e la descrizione degli errori rilevati nella fase dei controlli preliminari bloccanti.

Viene presentato nell'ordine prima il modello S, poi il modello T.

5.1.2 Analisi della qualità globale dei dati

Frequenza errori formali per tipologia e campo (cod. int. 828)

Una pagina per ogni azienda inviante e mese.

Le strutture erogatrici STS11 evidenziate sulle righe e, per ognuna di esse, gli errori rilevati nella fase dei controlli della qualità globale dei dati con la relativa frequenza.

5.1.3 Compensazione interregionale

Sintesi previsionale importi richiesti per azienda e regione (cod. int. 833)

Una sezione per ogni mese.

Sulle righe sono riportate le regioni di residenza degli utenti (regioni debitorici) e sulle colonne le aziende invianti. Nelle celle è riportato l'importo previsto per la compensazione interregionale.

Sintesi previsionale per azienda e presidio (cod. int. 838)

Una sezione per ogni azienda inviante e mese.

Le strutture erogatrici STS11 evidenziate sulle righe

Tre colonne relative a: ricette compensabili, non compensabili per criterio, non compensabili per errore.

Situazione sintesi su domiciliati da verificare (cod. int. 244)

Una sezione per ogni azienda inviante.

Per ogni mese viene riportato il numero di ricette e l'importo relativi a soggetti che, pur essendo domiciliati in Liguria, non sono presenti sull'anagrafe sanitaria ligure.

5.1.4 Riconoscimento economico delle prestazioni

Riepilogo previsionale della situazione finanziaria e della compensabilità per le prestazioni specialistiche erogate a residenti liguri (cod. int. 804)

Il report riguarda i soli utenti liguri.

Una sezione per ogni azienda inviante.

Le Asl liguri di residenza (addebito) degli assistiti evidenziate sulle righe.
Tre colonne relative a: prestazioni compensabili, prestazioni non compensabili per criterio, prestazioni non compensabili per errore.
Il report viene trasmesso mensilmente alle aziende.

Sintesi riconoscimento contabile per azienda inviante (cod. int. 921)

Il report riguarda sia gli utenti liguri che gli utenti non liguri.

Una sezione per ogni azienda inviante.

Sulle righe evidenziate le seguenti categorie:

- prestazioni relative a soggetti liguri compensabili consolidate distinte per Asl di residenza
- prestazioni relative a soggetti liguri non compensabili consolidate
- prestazioni relative a soggetti liguri sospese per criterio consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione compensabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione contestabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione non compensabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione sospese per criterio previsionali o consolidate.

I mesi evidenziati sulle colonne.

Nelle celle il numero di prestazioni erogate ed il relativo importo.

Il report viene trasmesso mensilmente alle aziende dopo il consolidamento della compensazione infraregionale.

Sintesi riconoscimento contabile per Asl di residenza (cod. int. 929)

Il report riguarda i soli utenti liguri.

Una sezione per ogni Asl ligure di residenza.

Le aziende invianti evidenziate sulle righe.

I mesi evidenziati sulle colonne.

Nelle celle il numero di prestazioni erogate ed il relativo importo

Il report viene trasmesso mensilmente alle Asl di residenza degli assistiti dopo il consolidamento della compensazione infraregionale.

Sintesi riconoscimento contabile per azienda inviante (annuale) (cod. int. 922)

Il report riguarda sia gli utenti liguri che gli utenti non liguri.

Una sezione per ogni azienda inviante.

Sulle righe evidenziate le seguenti categorie:

- prestazioni relative a soggetti liguri compensabili consolidate distinte per Asl di residenza
- prestazioni relative a soggetti liguri non compensabili consolidate
- prestazioni relative a soggetti liguri sospese per criterio consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione compensabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione contestabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione non compensabili previsionali o consolidate
- prestazioni relative a soggetti fuori regione sospese per criterio previsionali o consolidate.

I mesi evidenziati sulle colonne.

Nelle celle il numero di prestazioni erogate ed il relativo importo.

Il report viene trasmesso annualmente alle aziende dopo il consolidamento della compensazione interregionale.

5.2. File di ritorno

Il sistema informatico regionale prevede anche la produzione di file di ritorno sia in relazione alle anomalie rilevate nella fase di controlli che al trattamento centralizzato dei dati a fini contabili e statistici.

5.2.1 File delle anomalie rilevate nella fase di Controlli della Qualità Globale dei Dati (cod.int.D02)

E' prevista la produzione di file, uno per ogni azienda e mese che contengano, secondo il tracciato di seguito definito, le anomalie descritte in

4. Controlli effettuati dal sistema informativo della Regione sui dati inviati dalle Aziende sanitarie

Al punto 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati)

Il tracciato record è il seguente:

CAMPO	Posizione	LUNG.	DESCRIZIONE
Anno	1	4	anno di riferimento dei dati
Mese	5	3	mese di riferimento dei dati
Azienda inviante	8	3	Azienda inviante
Codice azienda di ubicazione del presidio	11	3	Azienda ubicazione del presidio erogante
Codice struttura erogatrice	14	6	codice struttura erogante secondo la codifica STS11
Identificativo ricetta	19	16	codice riportato nel campo Identificativo ricetta
Codice prestazione	35	10	questo campo è significativo solo per gli errori rilevati sul modello T
Campo	44	8	nome del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Descrizione campo	50	40	descrizione del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Codice anomalia	92	4	si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati
Descrizione anomalia	96	74	si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati
Valore del campo	170	30	contenuto del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia

5.2.2 File delle anomalie rilevate nella fase di Compensazione Interregionale (codici int. D06, DD2)

E' prevista la produzione di file, uno per ogni azienda e mese che contengano, secondo il tracciato di seguito definito, le anomalie descritte al paragrafo 4. Controlli effettuati dal sistema informativo della Regione Liguria sui dati inviati dalle Aziende Sanitarie al punto 3 Controlli relativi alla compensazione interregionale.

Il tracciato record è il seguente (cod. interno D06):

CAMPO	Posizione	LUNG.	DESCRIZIONE
Anno	1	4	anno di riferimento dei dati
Mese	5	3	mese di riferimento dei dati
Azienda inviante	8	3	Azienda inviante
Codice azienda di ubicazione del presidio	11	3	Azienda ubicazione del presidio erogante
Codice struttura erogatrice	14	6	Codice struttura erogante secondo la codifica STS11
Identificativo ricetta	19	16	codice riportato nel campo Identificativo ricetta
Codice prestazione	35	10	questo campo è significativo solo per gli errori rilevati sul modello T
Campo	44	8	nome del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Descrizione campo	52	40	descrizione del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia

Codice anomalia	92	4	si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati
Descrizione anomalia	96	74	si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati
Valore del campo	170	30	contenuto del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Flag anomalia primaria	200	1	se uguale a S indica la prima anomalia riscontrata in base al protocollo dei controlli

E' inoltre previsto un file per ogni mese e azienda contenente i dati relativi ai soggetti che, sul modello S, sono stati indicati come liguri (secondo il criterio descritto al precedente paragrafo "Determinazione della residenza dell'assistito"), ma in base ai dati della compensazione interregionale della Medicina di Base risultano residenti in altre regioni ("domiciliati temporanei") (cod. interno DD2).

CAMPO	Posizione	LUNG.	DESCRIZIONE
Anno cui si riferiscono i dati		4	
Codice periodo		3	M01,M02,...M12
Azienda inviante		3	Azienda inviante
Codice azienda di ubicazione del presidio		3	Azienda ubicazione del presidio erogante
Codice struttura erogatrice		6	codice STS11
Identificativo ricetta		16	codice riportato nel campo Identificativo ricetta sul modello S
Codice prescrittore		16	codice riportato nel campo Codice prescrittore sul modello S
Data erogazione prestazioni		10	formato GG/MM/AAAA
Importo totale netto		12	espresso in euro formato 999999.99
Codice fiscale		16	Codice fiscale indicato sul modello S
Matricola regionale		7	Matricola regionale indicata sul modello S
Cognome		30	Cognome indicato sul modello S
Nome		30	Nome indicato sul modello S
Sesso		1	Sesso indicato sul modello S
Data di nascita		10	Data di Nascita indicata sul modello S formato GG/MM/AAAA
Codice comune di residenza		6	Codice comune di residenza indicato sul modello S
Usl di appartenenza indicato		3	Asl di appartenenza indicata sul modello S
Data inizio iscrizione da Medicina di Base		10	valore desunto dal flusso della Medicina di base formato GG/MM/AAAA
Data fine iscrizione da Medicina di Base		10	valore desunto dal flusso della Medicina di base formato GG/MM/AAAA
Cognome da Medicina di Base		30	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Nome da Medicina di Base		30	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Sesso da Medicina di Base		1	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Codice regione da Medicina di Base		3	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Codice comune da Medicina di Base		6	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Codice Asl da Medicina di Base		3	valore desunto dal flusso della Medicina di base
Indicatore Codice fiscale / Matricola		1	Vale F se il soggetto è stato rintracciato sui dati della Medicina di Base attraverso il Codice Fiscale Vale M se il soggetto è stato rintracciato sui dati della Medicina di Base attraverso la Matricola

5.2.3 File delle anomalie rilevate nella fase di Costituzione della base dati Contabile (cod.int.D08)

E' prevista la produzione di file, uno per ogni azienda e mese che contengano, secondo il tracciato di seguito definito, le anomalie relative al riconoscimento contabile delle prestazioni rese ai residenti liguri descritte 4. Controlli effettuati dal sistema informativo della Regione Liguria sui dati inviati dalle Aziende Sanitarie al punto 4 Controlli relativi alla compensazione infraregionale ed alla costituzione della base dati contabile

Il tracciato record è il seguente:

CAMPO	Posizione	LUNG.	DESCRIZIONE
Anno	1	4	anno di riferimento dei dati
Mese	5	3	mese di riferimento dei dati
Azienda inviante	8	3	Azienda inviante
Codice azienda di ubicazione del presidio	11	3	Azienda ubicazione del presidio erogante
Codice struttura erogatrice	14	6	codice struttura erogante secondo la codifica STS11
Identificativo ricetta	19	16	codice riportato nel campo Identificativo ricetta
Codice prestazione	35	10	questo campo è significativo solo per gli errori rilevati sul modello T
Campo	44	8	nome del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Descrizione campo	52	40	descrizione del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Codice anomalia	92	4	si veda il paragrafo 4.5 Quadro riepilogativo dei controlli effettuati
Descrizione anomalia	96	74	
Valore del campo	170	30	contenuto del campo sul quale è stata rilevata l'anomalia
Flag anomalia primaria	200	1	se uguale a S indica la prima anomalia riscontrata in base al protocollo dei controlli

5.2.4 File a valenza contabile e file a valenza statistico epidemiologica

Alla chiusura di ciascuna scadenza per l'invio dei dati mensili verranno inviati file di ritorno alle rispettive Aziende invianti e, per le prestazioni riguardanti i residenti liguri, verranno inviati file di ritorno alle Asl competenti.

Al consolidamento della base dati statistica verranno inviati analoghi file a valenza statistico-epidemiologica alle Aziende invianti ed alle Asl di competenza.

5.2.4.1 File previsionali a valenza contabile relativi a soggetti liguri per le Aziende invianti (cod. interno DE4)

Tali file, prodotti mensilmente per le aziende invianti, contengono i dati relativi ai soli soggetti liguri riconosciuti contabilmente.

Il tracciato record è composto dalla chiave identificativa del modello S e dalle informazioni utili per la verifica contabile da parte delle Aziende (Importo dichiarato, Importo ricalcolato centralmente, Regione, Asl ecc.) come specificato di seguito.

5.2.4.2 File previsionali a valenza contabile relativi a soggetti di altre regioni inviati alle Aziende invianti (cod. interno DE3)

Tali file, prodotti mensilmente per le aziende invianti, contengono i dati relativi ai soli soggetti di altre regioni.

Il tracciato record è analogo al caso precedente.

TRACCIATI RECORDS FILE DE4 DE3

Nome campo	posizione	tipo	lung.	Descrizione
Azienda di ubicazione della struttura erogatrice	1	AN	3	Azienda di ubicazione della struttura erogatrice
Codice STS11 struttura erogatrice (presidio)	4	AN	6	Codice struttura erogatrice indicato nel modello S
Identificativo ricetta	10	AN	16	Identificativo ricetta indicato nel modello S
Importo totale netto da modello S	26	N	9	Importo totale netto indicato dall'azienda
Segno dell'Importo totale netto ricalcolato centralmente	35	AN	1	Vale '+' se Importo totale netto ricalcolato centralmente maggiore od = a 0. Vale '-' se Importo totale netto ricalcolato centralmente minore di 0
Importo totale netto ricalcolato centralmente	36	N	9	Importo totale netto ricalcolato secondo il criterio descritto al punto 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati
Regione di residenza dedotta	45	AN	3	Regione di residenza attribuita dal sistema regionale
Asl di residenza dedotta	48	AN	3	ASL di residenza attribuita dal sistema regionale
Anno di riferimento dei dati	51	AN	4	
Periodo di riferimento dei dati	55	AN	3	

5.2.4.3 File consolidati a valenza contabile prodotti per le Aziende invianti
(cod. interno D14)

Tali file vengono prodotti ad ogni consolidamento mensile per il riconoscimento economico dei residenti liguri e contengono, in tale occasione, le prestazioni che sono state consolidate per i residenti liguri e le prestazioni che sono state comprese nella compensazione interregionale. I file vengono prodotti anche al consolidamento annuale per la compensazione interregionale e contengono, in tale occasione, le prestazioni che sono state consolidate per i residenti liguri e le prestazioni che sono state consolidate per i residenti di altre regioni.

Il tracciato record contiene i campi di input secondo le indicazioni del paragrafo "2.5 Struttura dell'archivio ascii per Regione" con l'aggiunta in coda di alcune informazioni dedotte dal Sistema Regionale (Importo ricalcolato, Regione, Asl, etc.).

5.2.4.4 File a valenza contabile inviati alle ASL di residenza degli assistiti
(cod. interno D13)

Tali file conterranno i dati elaborati a fini contabili con l'aggiunta in coda di alcune informazioni dedotte dal Sistema Regionale (Importo, Regione e Asl, etc.) e saranno suddivisi per Asl di residenza dedotta.

Il tracciato record è il medesimo del caso dello scarico denominato D14.

5.2.4.5 File a valenza statistico-epidemiologica prodotti per le Aziende invianti
(cod. interno DR2)

Tali file, inviati annualmente, conterranno i dati corrispondenti all'ultima versione pervenuta in Regione Liguria per un determinato anno e considerati consolidati con alcune informazioni dedotte dal Sistema Regionale (Importo, Regione e Asl, etc.).

Il tracciato record è il medesimo del caso dello scarico denominato D14.

5.2.4.5 File a valenza statistico-epidemiologica inviati alle Asl di residenza degli assistiti
(cod. interno DR4)

Tali file conterranno i dati corrispondenti all'ultima versione pervenuta in Regione Liguria per un determinato anno e considerati consolidati con alcune informazioni dedotte dal Sistema Regionale (Importo, Regione e Asl etc.) e saranno suddivisi per Asl di residenza dedotta.

Il tracciato record è il medesimo del caso dello scarico denominato D14.

I tracciati record relativi ai quattro casi sopra esposti sarà identico a quello di invio dei modelli S e T descritti nel paragrafo "2.5 Struttura dell'archivio ascii per Regione" con l'aggiunta in coda dei campi di seguito elencati.

**TRACCIATI CAMPI IN CODA AL TRACCIATO DEL FILE DI RITORNO A VALENZA
CONTABILE:MODELLO S**

Nome campo	Pos.	Tipo	lung	Descrizione
Regione di residenza dedotta	196	AN	3	Codice regione di residenza attribuita secondo il criterio descritto nel paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Asl di residenza dedotta	199	AN	3	Codice regione di residenza attribuita secondo il criterio descritto al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Segno dell'Importo totale netto ricalcolato centralmente	202	AN	1	Vale '+' se Importo totale netto ricalcolato centralmente maggiore od = a 0. Vale '-' se Importo totale netto ricalcolato centralmente minore di 0
Importo totale netto ricalcolato centralmente	203	N	9	Importo totale netto ricalcolato secondo il criterio descritto al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Trattamento contabile	212	AN	1	Vale sempre S nei file a valenza contabile (che contengono dati pervenuti nei termini previsti)
Tipo struttura erogante	213	AN	1	Distingue le strutture pubbliche da quelle private accreditate o convenzionate secondo le indicazioni del modello ministeriale STS11. Può assumere i valori: 1=direttamente gestita 2=non direttamente gestita blank=non classificabile
Codice istituto	214	AN	3	Codice dell'ospedale. Valorizzato solo nel caso di strutture interne a strutture di ricovero secondo le indicazioni del modello ministeriale STS.11.
Tipo di riconoscimento economico	217	AN	1	Indica in quale tipo di riconoscimento economico è rientrata la ricetta. Può assumere i valori: I=prestazioni a carico del SSN erogate da struttura pubblica a residenti nella Asl. U=prestazioni a carico del SSN erogate da struttura pubblica o privata accreditata a residenti in altre Asl liguri (compensazione infraregionale). Nota: rientrano in questo caso anche le prestazioni erogate da enti ospedalieri autonomi e strutture private accreditate ai cittadini liguri anche se residenti nella Asl di appartenenza fisica della struttura. F=prestazioni a carico del SSN erogate da struttura pubblica o privata accreditata a residenti in altre regioni (compensazione interregionale). D=prestazioni a carico del SSN per soggetto debitore non definito E=stranieri paesi convenzionati S=stranieri indigenti a carico del SSN V=prestazioni a pagamento Y=libera professione, A=altro
Tipo di compensabilità	218	AN	1	Può assumere i valori: S=sospeso (non compensabile per criterio) N=non compensabile C=contestabile A=segnalazione anomalia V=valido contabilmente per il flussi finanziari controllati da regione Liguria
Contabilizzazione sul sistema regionale	219	AN	1	S = Riconosciuto economicamente N = Non riconosciuto economicamente
Anno di riferimento dei dati	220	AN	4	
Periodo di riferimento dei dati	224	AN	3	
Ente erogante (codice Azienda ubicazione della struttura)	227	AN	3	Codice ente erogatore come da tabella GESTCS: corrisponde al campo di input Codice Azienda ubicazione della struttura, se tale campo non è valorizzato viene forzato al valore dell'Azienda che ha inviato i dati
Tipo esenzione (PS e OB)	230	AN	1	Tipo esenzione (PS e OB)
Codice esenzione	231	AN	6	Codice esenzione

CAMPI IN CODA AL TRACCIATO DEL FILE DI RITORNO A VALENZA CONTABILE: MODELLO T

Nome campo	Pos.	tipo	lung	Descrizione
Importo unitario ricalcolato centralmente	51	N	9	Tariffa della prestazione riportata sul Nomenclatore. In caso di prestazioni non comprese nel Nomenclatore viene posto uguale a zero.
Tipo di compensabilità	60	AN	1	Può assumere i valori: S=sospeso (non compensabile per criterio) N=non compensabile C=contestabile A=segnalazione anomalia V=valido contabilmente per il flussi finanziari controllati da regione Liguria
Contabilizzazione sul sistema regionale	61	AN	1	S = Riconosciuto economicamente N = Non riconosciuto economicamente
Anno di riferimento dei dati	62	AN	4	
Periodo di riferimento dei dati	66	AN	3	

CAMPI IN CODA AL TRACCIATO DEL FILE DI RITORNO A VALENZA STATISTICO-EPIDEMIOLOGICO: MODELLO S

Nome campo	Pos.	tipo	lung.	Descrizione
Regione di residenza dedotta	196	AN	3	Codice regione di residenza attribuita secondo il criterio descritto al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Asl di residenza dedotta	199	AN	3	Codice regione di residenza attribuita secondo il criterio descritto al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Segno dell'Importo totale netto ricalcolato centralmente	202	AN	1	Vale '+' se Importo totale netto ricalcolato centralmente maggiore od = a 0. Vale '-' se Importo totale netto ricalcolato centralmente minore di 0
Importo totale netto ricalcolato centralmente	203	N	9	Importo totale netto ricalcolato secondo il criterio descritto al paragrafo 4.2.1 Controlli relativi alla qualità globale dei dati punto 1
Trattamento contabile	212	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Tipo struttura erogante	213	AN	1	Distingue le strutture pubbliche da quelle private accreditate o convenzionate secondo le indicazioni del modello ministeriale STS11. Può assumere i valori: 1=direttamente gestita 2=non direttamente gestita blank=non classificabile
Codice istituto	214	AN	3	Codice dell'ospedale. Valorizzato solo nel caso di strutture interne a strutture di ricovero secondo le indicazioni del modello ministeriale STS.11.
Tipo di riconoscimento economico	217	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Tipo di compensabilità	218	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Contabilizzazione sul sistema regionale	219	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Anno di riferimento dei dati	220	AN	4	
Periodo di riferimento dei dati	224	AN	3	
Ente erogante (codice Azienda ubicazione della struttura)	227	AN	3	Codice ente erogatore come da tabella GESTCS: corrisponde al campo di input Codice Azienda ubicazione della struttura, se tale campo non è valorizzato viene forzato al valore dell'Azienda che ha inviato i dati
Tipo esenzione (PS e OB)	230	AN	1	Tipo esenzione (PS e OB)
Codice esenzione	231	AN	6	Codice esenzione

CAMPI IN CODA AL TRACCIATO DEL FILE DI RITORNO A VALENZA STATISTICO-EPIDEMIOLOGICO: MODELLO T

Nome campo	Pos.	tipo	lung.	Descrizione
Importo unitario ricalcolato centralmente	51	N	9	Tariffa della prestazione riportata sul Nomenclatore. In caso di prestazioni non comprese nel Nomenclatore viene posto uguale a zero.
Tipo di compensabilità	59	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Contabilizzazione sul sistema regionale	60	AN	1	Valorizzato sempre a spazio
Anno di riferimento dei dati	61	AN	4	
Periodo di riferimento dei dati	65	AN	3	

5.3 Report di controllo congruenza tra flusso di Pronto Soccorso e flusso della Specialistica ambulatoriale

Come descritto al paragrafo 2.8 ad ogni accesso di Pronto Soccorso non seguito da ricovero deve corrispondere per lo stesso identificativo e nello stesso anno-mese di riferimento almeno un record sul modello S/T che certifichi almeno una prestazione effettuata e le altre informazioni previste in tale flusso.

Se al momento della elaborazione del flusso di Pronto soccorso i corrispondenti dati di specialistica ambulatoriale non sono ancora pervenuti l'incrocio e il controllo sarà effettuato con identiche modalità durante l'elaborazione del flusso di specialistica ambulatoriale non appena sarà reso disponibile dall'Azienda l'anno-mese del modello S/T. Pertanto la acquisizione del flusso S/T può innescare la produzione di un apposito output relativo ai mesi presenti del corrispondente flusso di P/S.

File delle incongruenze tra PS e modello S/T per Azienda e Mese (Codice interno 08P)

Si tratta di un file ASCII che viene prodotto per ogni Azienda e mese di invio e che contiene, secondo il tracciato di seguito definito, gli identificativi degli accessi a PS non seguiti da ricovero per i quali non risulta il corrispondente record su modello S/T o gli identificativi record del modello S con canale di accesso PS o OB per i quali non esiste il relativo accesso sul modello PA/PC.

Tracciato del file:

Nome Campo	Lung.	Descrizione
MODELLO	2	PA o ST
ANNO	4	Anno di riferimento dati
MESE	3	Mese di riferimento (M01,...M12)
CODICE STRUTTURA		
EROGATRICE	6	Presidio
IDENTIFICATIVO ACCESSO	16	Numero pratica
CAMPO	8	Nome campo abbreviato
DESCRIZIONE CAMPO	40	Descrizione campo con anomalia
CODICE ANOMALIA	4	Codice anomalia
DESCRIZIONE ANOMALIA	74	Descrizione anomalia
VALORE DEL CAMPO	30	Valore del campo con anomalia

Il CAMPO con anomalia può essere:

l'identificativo accesso di PS se non viene agganciato almeno un record sul modello S/T per lo stesso identificativo;

il canale di accesso del modello S/T se il record agganciato sulla specialistica ambulatoriale non riporta il valore PS o OB ma altro valore.

Esiste un'altra situazione che genera segnalazione di errore in questo file ed è causata, all'arrivo del modello S/T, da quei record che hanno canale di accesso PS e OB e per i quali non si trova il record di accesso corrispondente sul flusso di PS.

Il file è quindi prodotto:

all'arrivo del flusso di PS se il periodo è già acquisito su sistema per il modello S/T, ma anche all'arrivo del modello S/T per i periodi già acquisiti su sistema relativi agli accessi di PS.