

LA GIUNTA REGIONALE

- richiamata la legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, che prevede, all'articolo 87, l'introduzione della gestione informatizzata delle prescrizioni;
- vista la legge 16 novembre 2001, n. 405 che, con l'articolo 2, ha inserito nell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 6 bis che prevede l'adozione da parte delle Regioni delle necessarie iniziative per attivare nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche e specialistiche ed ospedaliere ed assicurare la tempestiva disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, al Ministero della Salute;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 4525 in data 21 dicembre 2005 recante approvazione dell'istituzione di un flusso informativo tra l'Azienda USL della Valle d'Aosta e l'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali per il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale ai sensi dell'articolo 2 della legge 16 novembre 2001, n. 405;
- richiamato l'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, recante disposizione in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie;
- richiamato il Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze adottato di concerto con il Ministro della salute in data 22 luglio 2005, attuativo del comma 9 dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 in materia di disciplina dei dati che le regioni, i ministeri e gli enti pubblici trasmettono in modalità telematica al Ministero dell'economia e delle finanze;
- richiamato il "Protocollo del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali" del 9 marzo 2006 che, tra l'altro, sancisce che le modalità di trasmissione telematica e le specifiche tecniche di fornitura dei dati delle ricette mediche recanti le prescrizioni dei farmaci e di prestazioni specialistiche sono definite nel disciplinare tecnico allegato al medesimo Protocollo;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2342 in data 11 agosto 2006 recante "Determinazioni in merito al piano per la piena attuazione dell'articolo 50 del Decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie correlate alla tessera sanitaria (TS)";
- ritenuto opportuno uniformare i contenuti informativi e le modalità di codifica dei flussi di cui alla sopracitata deliberazione 4525/2005 a quanto previsto dal soprarichiamato Protocollo del 9 marzo 2006 circa, in particolare, i dati delle

prescrizioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato A) alla medesima deliberazione;

- ritenuto opportuno per ragioni di unitarietà e trasparenza degli atti amministrativi e per uniformità degli aspetti informatici sostituire sia l'allegato A) circa i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia l'allegato B) circa i dati delle prestazioni di assistenza farmaceutica di cui alla propria deliberazione n. 4525/2005;
- richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni recante norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio Socio-Sanitario Regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione;
- richiamata la legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 concernente l'approvazione del Piano per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008 ed, in particolare, l'obiettivo 9, attività B: "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica e della sua appropriatezza";
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 4223 in data 29 dicembre 2006 concernente l'approvazione del bilancio di gestione, per il triennio 2007/2009, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Capo Servizio del Servizio Sanità Territoriale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera "e" e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali, sig. Antonio Fosson;
- ad unanimità di voti favorevoli,

DELIBERA

1. di approvare l'aggiornamento del flusso informativo tra l'Azienda USL della Valle d'Aosta e l'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali relativo al monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale sostituendo gli allegati A) e B) alla propria deliberazione n. 4525/2005 come da allegati A) e B) al presente atto per formarne parte integrante;
2. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

RB/RA

1. SCHEDA TECNICA DEL FLUSSO INFORMATIVO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ED ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER LE MODALITÀ ED I TEMPI DI TRASMISSIONE DEI DATI.

1.1. Entrata in vigore dell'aggiornamento e ambito della rilevazione

A partire dai dati riferiti alla data del 1° gennaio 2008, è aggiornato il flusso informativo relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal tariffario regionale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogate ai singoli pazienti dalle strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate.

La rilevazione comprende anche le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in regime di pronto soccorso, nell'ambito dei programmi regionali di screening, quelle effettuate in libera professione e quelle effettuate a pazienti interni (degenza).

Più in dettaglio oggetto della rilevazione sono:

- in ambito ospedaliero, tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale ad interni ed esterni, da tutti gli ambulatori/servizi e singoli specialisti e le prestazioni erogate in Pronto Soccorso;
- in ambito territoriale, tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori, poliambulatori e consultori; tutte le prestazioni erogate in contesti assistenziali, residenziali e domiciliari.

1.2 Modalità e tempi di invio dei dati

I dati delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono inviati, con cadenza trimestrale, entro il 60° giorno successivo al trimestre di riferimento- per via telematica - dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta alla struttura competente in materia dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Nel caso in cui le date di erogazione delle prestazioni di una medesima ricetta medica, esclusi i cicli, cadano in due anni successivi i dati sono inviati nell'anno di erogazione dell'ultima prestazione. I cicli sono comunque chiusi a fine anno.

Prima della trasmissione dei dati, l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta procede, con la massima cura, alla verifica della qualità formale e sostanziale dei medesimi.

1.3 Caratteristiche degli archivi informatici

Gli archivi da inviare all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali sono in formato testo (formato standard ASCII). Ogni record è a lunghezza fissa, secondo il tracciato record descritto in appendice del presente disciplinare, i campi all'interno del record sono concatenati tra loro e, non vengono separati da alcun carattere specifico.

Per garantire il rispetto delle regole di consistenza e di sicurezza, i dati anagrafici dell'utente sono trasmessi separatamente da quelli "sensibili". Per ogni ricetta medica/contatto è compilato:

- un record del file “**Dati Anagrafici**” (dati anagrafici relativi all'utente) ;
- un record del file “**Dati di Contatto**” (modalità della ricetta medica e di accesso);
- un record del file “**Dati di Prestazione**”, uno per ogni prestazione erogata.

Gli archivi sono denominati rispettivamente *ASAaaaatAN.txt*, *ASAaaaatCN.txt* e *ASAaaaatPS.txt* dove i caratteri *aaaa* ed il carattere *t* individuano rispettivamente l'anno ed il trimestre di riferimento.

I record delle tre sezioni hanno tutti i campi chiave valorizzati. Inoltre, per ogni chiave, vi è solo un record nei file dei dati anagrafici e dei dati di contatto ed almeno un record nel file delle prestazioni.

La chiave che unisce i record anagrafici e di contatto a quelli delle prestazioni è composta dai campi:

- Codice Regione (per tutte e tre le sezioni);
- Codice azienda USL di riferimento (per tutte e tre le sezioni);
- Identificativo contatto (per tutte e tre le sezioni);
- Progressivo prestazione per contatto (per il tracciato delle prestazioni).

Tutti i dati riportati nei diversi tracciati sono ordinati sui campi chiave di riferimento con un ordine crescente.

Gli importi sono espressi in euro la cui parte decimale dovrà essere sempre di due caratteri anche nei casi di cifra intera (es.: 156,00).

1.4 Tutela della riservatezza dei dati

I dati dei soggetti interessati dalla rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono trattati secondo quanto stabilito dal *Codice in materia di protezione dei dati personali* (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

1.5. Contenuto informativo

La prima sezione contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. Regione;
2. Azienda Usl;
3. Id contatto;
4. Codice individuale dell'assistito;
5. Identificativo cittadino;
6. Data di nascita;
7. Comune di nascita;
8. Sesso;
9. Cittadinanza;
10. Regione di residenza;
11. Azienda Usl di residenza;
12. Comune di residenza;
13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia;
14. Istituzione competente.

La seconda sezione contiene le informazioni di contatto di seguito riportate:

1. Regione;
2. Azienda;
3. Id contatto;
15. Branca specialistica;
16. Numero della ricetta medica;
17. Medico prescrittore;
18. Tipologia del medico prescrittore;
19. Tipo ricetta medica;
20. Ricetta medica suggerita da specialista;
21. Regime di erogazione;
22. Data della ricetta medica;
23. Posizione dell'utente nei confronti del ticket;
24. Tipologia di esenzione;
25. Importo totale delle prestazioni;
26. Importo del ticket;
27. Quota a carico dell'assistito;
28. Esenzione;
29. Stampa ricetta medica
30. Flag operazione.

La terza sezione contiene le informazioni delle prestazioni sanitarie di seguito riportate:

1. Regione;
2. Azienda;
3. Id contatto;
31. Progressivo prestazione per contatto;
32. Struttura erogatrice;
33. Disciplina;
34. Specialità;

35. Prestazione;
36. Nomenclatore;
37. Data di erogazione;
38. Data di fine erogazione;
39. Data di prenotazione;
40. Tipologia della prestazione;
41. Quantità;
42. Importo della prestazione;
43. Modalità di accesso;
44. Campo vuoto.

1.3. Modalità di codifica

1. Codice della Regione

Codice a tre cifre che identifica la Regione dell'azienda USL inviante i dati.

Campo chiave.

2. Codice dell'Azienda UsI

Codice a tre cifre che identifica l'azienda USL inviante i dati. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Campo chiave.

3. Identificativo contatto

Codice progressivo univoco dell'evento di cura, nei primi 4 caratteri è indicato l'anno di riferimento.

Campo chiave.

4. Codice individuale dell'assistito

E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli iscritti al SSR dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

5. Identificativo cittadino

Nel caso del cittadino iscritto al servizio sanitario nazionale è costituito dal Codice fiscale dell'assistito, nel caso di cittadino straniero comunitario non residente è costituito dal numero di identificazione del titolare della tessera europea di assicurazione di malattia, nel caso di cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri.

6. Data di nascita

Data di nascita nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

7. Comune di nascita

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

8. Sesso

Il codice ad un carattere utilizzato è:

1 = maschio;

2 = femmina.

9. Cittadinanza

E' utilizzato il seguente codice a tre caratteri: 100 per la cittadinanza italiana e codice Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno per la cittadinanza estera. Per gli apolidi è utilizzato il codice 999.

10. Regione di residenza

Codice a tre cifre che identifica la Regione cui appartiene il Comune in cui risiede l'assistito. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

11. Azienda USL di residenza

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il Comune in cui risiede l'assistito. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

12. Comune di residenza

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia

Numero di identificazione progressivo della tessera europea di assicurazione di malattia. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

14. Istituzione competente

Codice istituzione competente. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

15. Branca specialistica

Codice Branca Specialistica a cui fa riferimento la ricetta medica (in base a quanto previsto dalla Legge 8/90). Il codice utilizzato è:

- 1 = Anestesia;
- 2 = Cardiologia;
- 3 = Chirurgia generale;
- 4 = Chirurgia plastica;
- 5 = Chirurgia vascolare – Angiologia;
- 6 = Dermosifilopatia;
- 7 = Diagnostica per immagini - Medicina nucleare;
- 8 = Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica;
- 9 = Endocrinologia;
- 10 = Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva;
- 11 = Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia - Virologia - Anatomia e istologia patologica - Genetica- Immunoematologia e s. trasf.;
- 12 = Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi;
- 13 = Nefrologia;
- 14 = Neurochirurgia;
- 15 = Neurologia;
- 16 = Oculistica;
- 17 = Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale
- 18 = Oncologia;

- 19 = Ortopedia e traumatologia;
- 20 = Ostetricia e ginecologia;
- 21 = Otorinolaringoiatria;
- 22 = Pneumologia;
- 23 = Psichiatria;
- 24 = Radioterapia;
- 25 = Urologia;
- 26 = Altro.

16. Numero della ricetta medica

Codice a barre di ciascuna ricetta medica.

Nel caso di prestazioni erogate senza la presenza di una ricetta medica quindi con 43. Modalità di accesso uguale a 02 = *Pronto soccorso non seguito da ricovero*, 39 = *Screening*, 04 = *Ambulatoriale interno (ricovero)*, 05 = *pronto soccorso seguito da ricovero* è utilizzato un codice progressivo che identifica univocamente le prestazioni erogate all'interno della struttura erogante.

17. Medico prescrittore

Codice fiscale del prescrittore.

Il campo è compilato nel caso di ricetta medica.

18. Tipologia del medico prescrittore

Il codice utilizzato è:

- F = Medico di medicina generale;
- P = Pediatra di libera scelta;
- H = Medico specialista dipendente pubblico (Ospedaliero);
- A = Medico specialista convenzionato (ex SUMAI);
- G = Guardia medica;
- T = Guardia medica turistica;
- C = Specialista di struttura privata accreditata;
- U = Medico di azienda ospedaliero-universitaria;
- D = Dipendente dei servizi territoriali ASL;
- I = Medico INAIL;
- Z = Specializzazione non compresa tra le precedenti;
- X = Altro (tirocinanti, specializzandi...);
- S = Accesso senza prescrittore.

Nel caso di prestazioni erogate senza la presenza di una ricetta medica il campo è valorizzato con S = Accesso senza prescrittore.

19. Tipo ricetta medica

Codice identificativo di una ricetta medica. Il codice utilizzato è:

- EE = Assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno;
- UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno;
- NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale;
- ND = Assistiti SASN con visita domiciliare;
- NE = Assistiti da istituzioni estere;
- NX = Assistito SASN extraeuropeo;
- ST = Straniero in temporaneo soggiorno;

AD = Assistiti in ADI (non presente nel flusso MinSalute);
RS = Assistiti in RSA.

20. Ricetta medica suggerita da specialista

Nel caso di ricetta medica suggerita dallo specialista il codice utilizzato è S.

21. Regime di erogazione

Indica il regime di erogazione della prestazione o del pacchetto di prestazioni relative allo stesso contatto. Il codice utilizzato è:

01 = SSN (accesso tramite ricetta medica o altro titolo di accesso); screening.....

02 = Terzo pagante, senza oneri per il SSN;

03 = Solvente (pagante in proprio, senza oneri per il SSN).

22. Data della ricetta medica

Data di compilazione della ricetta medica da parte del prescrittore nel formato GMMMAAAA (giorno, mese, anno).

23. Posizione dell'utente nei confronti del ticket

Il codice utilizzato è:

01 = Esente totale;

02 = Non esente;

Nel caso di prestazioni erogate con 43. Modalità di accesso uguale a 02 = *Pronto soccorso non seguito da ricovero*, 04 = *Ambulatoriale interno (ricovero)*, 05 = *pronto soccorso seguito da ricovero* oppure con 21. Regime di erogazione diverso da 01 = SSN oppure con 19. Tipo ricetta medica uguale a AD = Assistiti ADI oppure RS = Assistiti RSA il campo non è valorizzato.

24. Tipologia di esenzione

Indica la tipologia di esenzione dal ticket. Il codice utilizzato è:

0 = Altro

1 = Non esente;

2 = Esente per condizione;

3 = Esente per patologia;

6 = Esente per reddito;

7 = Esente per reddito e presenza di altra esenzione.

Il codice utilizzato è coerente con il campo 23. Posizione dell'utente nei confronti del ticket.

25. Importo totale delle prestazioni

Importo totale delle prestazioni erogate durante lo stesso contatto ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo della prestazione, nel formato NNNNN,NN.

26. Importo del ticket

Importo del ticket pagato dal cittadino relativo a tutte le prestazioni nel formato NNNNN,NN.

Nel caso di prestazioni con 43. Modalità di accesso uguale a 03 = *Screening*, 04 = *Ambulatoriale interno* e 05 = *Pronto soccorso seguito da ricovero* oppure con 23. Posizione dell'utente nei confronti del ticket uguale a 01 = *Esente totale* il campo non è valorizzato.

27. Quota a carico dell'assistito

Importo dell'eventuale costo aggiuntivo a carico dell'assistito nel formato NNNNN,NN_

28. Esenzione

Indica il codice di esenzione dell'assistito.

29. Stampa ricetta medica

Il codice utilizzato è:

0 = Ricetta medica prescritta manualmente;

1 = Ricetta medica informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode;

2 = Ricetta medica informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" ma assenza del codice fiscale in modalità barcode.

30. Flag operazione

Codice indicante il tipo di operazione da effettuare. Il codice utilizzato è:

I = Inserimento ovvero nuova ricetta medica;

V = Variazione;

C = Cancellazione.

31. Progressivo prestazione per contatto

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta medica.

32. Struttura erogatrice

Codice identificativo della struttura che eroga la prestazione (modello di rilevazione dei "Dati anagrafici delle strutture sanitarie" STS.11 della rilevazione ministeriale).

33. Disciplina

Il campo è valorizzato con il codice di specialità dell'ambulatorio che ha effettivamente erogato la prestazione secondo l'allegato 1 del DPCM 17 gennaio 1984 integrato con il DM 22 luglio 1996.

34. Specialità

Codice di due caratteri che individua l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

35. Prestazione

Codice della prestazione secondo il tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio completo dei punti separatori.

36. Nomenclatore

Il codice utilizzato è:

020 = Codifiche regionali.

37. Data di erogazione

Data di effettuazione della prestazione o data d'inizio della prestazione nel caso di ciclo nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

38. Data di fine erogazione

Data di fine ciclo della prestazione, oppure spazi fino a riempimento del campo in caso non fosse un ciclo nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

39. Data di prenotazione

Data di registrazione della richiesta di prestazione da parte del cittadino nel formato GGMMAAAA(giorno, mese, anno).

Valorizzato nel caso di prestazioni con 43. Modalità di accesso uguale a 01 = *Ambulatoriale ordinario*.

40. Tipologia della prestazione

Il codice utilizzato è:

00= Non rilevato;

01 = Prestazione urgente differibile (da eseguire entro 72 ore);

02 = Prestazione differita (da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali);

03 = Prestazione programmabile.

Nel caso di prestazioni con 43. Modalità di accesso diversa da 01 = *Ambulatoriale ordinario* il campo non è valorizzato.

41. Quantità

Quantità di prestazioni erogate per singolo codice prestazione. Il valore predefinito è 001, in caso di cicli di prestazioni deve essere indicato il numero effettivo di prestazioni erogate.

42. Importo della prestazione

Importo della singola prestazione erogata nel formato NNNNN,NN. Nel caso di sconti disposti da normativa nazionale e/o regionale sulle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate il è valorizzato con l'importo del tariffario regionale al netto dello sconto previsto.

43. Modalità di accesso

Il codice utilizzato è:

01 = Ambulatoriale (ordinario);

02 = Pronto soccorso non seguito da ricovero;

03 = Screening;

04 = Ambulatoriale interno (ricovero);

05 = Pronto soccorso seguito da ricovero;

09 = Ambulatoriale senza prenotazione.

APPENDICE - TRACCIATO DEI RECORD

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI (1 record per ogni ricetta medica)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
4.	Codice individuale dell'assistito	27	33	AN	7	
5.	Identificativo cittadino	34	49	AN	16	
6.	Data di nascita	50	57	DATA	8	
7.	Comune di nascita	58	63	AN	6	
8.	Sesso	64	64	AN	1	
9.	Cittadinanza	65	67	AN	3	
10.	Regione di residenza	68	70	AN	3	
11.	Azienda USL di residenza	71	73	AN	3	
12.	Comune di residenza	74	79	AN	6	
13.	Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia	80	99	AN	20	
14.	Codice istituzione competente	100	127	AN	28	

SEZIONE 2 – DATI DI CONTATTO (1 record per ogni ricetta medica)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
15.	Branca specialistica	27	29	AN	3	
16.	Numero della ricetta medica	30	45	AN	16	
17.	Medico prescrittore	46	61	AN	16	
18.	Tipologia del medico prescrittore	62	62	AN	1	
19.	Tipo ricetta medica	63	64	AN	2	
20.	Ricetta medica suggerita da specialista	65	65	AN	1	
21.	Regime di erogazione	66	67	AN	2	
22.	Data della ricetta medica	68	75	DATA	8	
23.	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	76	77	AN	2	
24.	Tipologia di esenzione	78	79	AN	2	
25.	Importo totale delle prestazioni	80	87	N	8	
26.	Importo del ticket	88	95	N	8	
27.	Quota a carico dell'assistito	96	100	N	5	
28.	Esenzione	101	110	AN	10	
29.	Stampa ricetta medica	111	111	AN	1	
30.	Flag operazione	112	112	AN	1	

SEZIONE 3 – DATI DI PRESTAZIONE (1 record per ogni prestazione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
31.	Progressivo prestazione per contatto	27	28	N	2	Chiave
32.	Codice della struttura erogatrice	29	34	AN	6	
33.	Codice disciplina	35	37	AN	3	
34.	Codice specialità	38	39	AN	2	
35.	Codice della prestazione	40	51	AN	12	
36.	Codice nomenclatore	52	54	AN	3	
37.	Data di erogazione	55	62	DATA	8	
38.	Data di fine erogazione	63	70	DATA	8	
39.	Data di prenotazione	71	78	DATA	8	
40.	Tipologia della prestazione	79	80	AN	2	
41.	Quantità	81	83	N	3	
42.	Importo della prestazione	84	91	N	8	
43.	Modalità di accesso	92	93	AN	2	
44.	Campo vuoto	94	101	AN	8	

NOTE:

(1) Formato

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici sono allineati a sinistra; se non utilizzati sono impostati con il valore "spazio".

I campi data se non utilizzati sono impostati con il valore "spazio".

I campi numerici sono allineati a destra; le cifre non significative sono impostate con il valore "zero"; se non utilizzati sono impostati con il valore "zero".

2. SCHEDA TECNICA DEL FLUSSO INFORMATIVO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER LE MODALITÀ ED I TEMPI DI TRASMISSIONE DEI DATI.

2.1 Ambito della rilevazione

A partire dai dati riferiti al 1° gennaio 2005, è istituito il flusso informativo relativo alle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale previste dal prontuario farmaceutico nazionale, erogate agli assistiti residenti e non dalle farmacie pubbliche e private situate sul territorio regionale.

2.2 Modalità e tempi di invio dei dati

I dati delle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale sono inviati, con cadenza trimestrale, entro il 60° giorno successivo al trimestre di riferimento - per via telematica - dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta alla struttura competente in materia dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Prima della trasmissione dei dati, l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta procede, con la massima cura, alla verifica della qualità formale e sostanziale dei medesimi.

2.3 Caratteristiche degli archivi informatici

Gli archivi da inviare all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali sono in formato testo (formato standard ASCII). Ogni record è a lunghezza fissa, secondo il tracciato record descritto in appendice del presente disciplinare, i campi all'interno del record sono concatenati tra loro e, non vengono separati da alcun carattere specifico.

Per garantire il rispetto delle regole di consistenza e di sicurezza, i dati anagrafici dell'utente sono trasmessi separatamente da quelli "sensibili". Per ogni prescrizione/contatto è compilato:

- un record del file "**Dati Anagrafici**" (dati anagrafici relativi all'utente) ;
- un record del file "**Dati di Contatto**" (modalità di prescrizione e di accesso);
- un record del file "**Dati di Prestazione**", uno per ogni prestazione erogata.

Gli archivi sono denominati rispettivamente *AFTaaaatAN.txt*, *AFTaaaatCN.txt* e *AFTaaaatPS.txt* dove i caratteri *aaaa* ed il carattere *t* individuano rispettivamente l'anno ed il trimestre di riferimento.

I record delle tre sezioni hanno tutti i campi chiave valorizzati. Inoltre, per ogni chiave, vi è solo un record nei file dei dati anagrafici e dei dati di contatto ed almeno un record nel file delle prestazioni.

La chiave che unisce i record anagrafici e di contatto a quelli delle prestazioni è composta dai campi:

- Codice Regione (per tutte e tre le sezioni);
- Codice azienda USL di riferimento (per tutte e tre le sezioni);
- Identificativo contatto (per tutte e tre le sezioni);
- Progressivo prestazione per contatto (per il tracciato delle prestazioni).

Tutti i dati riportati nei diversi tracciati sono ordinati sui campi chiave di riferimento con un ordine crescente.

Gli importi sono espressi in euro la cui parte decimale dovrà essere sempre di due caratteri anche nei casi di cifra intera (es.: 156,00).

2.4 Tutela della riservatezza dei dati

I dati dei soggetti interessati dalla rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono trattati secondo quanto stabilito dal *Codice in materia di protezione dei dati personali* (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

2.5. Contenuto informativo

La prima sezione contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. Regione;
2. Azienda Usl di riferimento;
3. Id contatto;
4. Codice individuale dell'assistito;
5. Identificativo cittadino;
6. Data di nascita;
7. Comune di nascita;
8. Sesso;
9. Cittadinanza;
10. Regione di residenza;
11. Azienda Usl di residenza;
12. Comune di residenza;
13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia;
14. Istituzione competente.

La seconda sezione contiene le informazioni di contatto di seguito riportate:

4. Regione di riferimento;
5. Azienda Usl di riferimento;
6. Id contatto;
15. Numero della ricetta;
16. Medico prescrittore;
17. Tipologia del medico prescrittore;
18. Struttura erogatrice;
19. Data di erogazione;
20. Data della prescrizione;
21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket;
22. Tipologia di esenzione;
23. Importo totale delle prestazioni
24. Importo del ticket.

La terza sezione contiene le informazioni delle prestazioni sanitarie di seguito riportate:

4. Regione di riferimento;
5. Azienda Usl di riferimento;
6. Id contatto;
25. Progressivo prestazione per contatto;
26. Codice AIC;
27. Quantità;
28. Importo della prestazione.

2.6. Modalità di codifica

1. Codice della Regione

Codice a tre cifre che identifica la Regione dell'azienda USL inviante i dati.

Campo chiave.

2. Codice dell'Azienda Usl di riferimento

Codice a tre cifre che identifica l'azienda USL inviante i dati. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Campo chiave.

3. Identificativo contatto

Codice progressivo univoco dell'evento di cura, nei primi 4 caratteri è indicato l'anno di riferimento.

Campo chiave.

4. Codice individuale dell'assistito

E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli iscritti al SSR dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

5. Identificativo cittadino

Nel caso del cittadino iscritto al servizio sanitario nazionale è costituito dal Codice fiscale dell'assistito, nel caso di cittadino straniero comunitario non residente è costituito dal numero di identificazione del titolare della tessera europea di assicurazione di malattia, nel caso di cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri.

6. Data di nascita

Data nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

7. Comune di nascita

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

8. Sesso

Il codice ad un carattere utilizzato è:

1 = maschio;

2 = femmina.

9. Cittadinanza

Per indicare la cittadinanza è utilizzato il seguente codice a tre caratteri: 100 per la cittadinanza italiana e codice Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno per la cittadinanza estera. Per gli apolidi è utilizzato il codice 999.

10. Regione di residenza

Codice a tre cifre che identifica la Regione cui appartiene il comune in cui risiede l'assistito. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

11. Azienda USL di residenza

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il cittadino. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

12. Comune di residenza

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia

Numero di identificazione progressivo della tessera europea di assicurazione di malattia. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

14. Istituzione competente

Codice istituzione competente. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

15. Numero della ricetta

Codice a barre di ciascuna ricetta.

16. Medico prescrittore

Codice fiscale del prescrittore.

17. Tipologia del medico prescrittore

Il codice utilizzato è:

00 = Non rilevato;

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

02 = Medico specialista dipendente pubblico;

03 = Medico specialista convenzionato (ex SUMAI);

04 = Altro: medico INPS, INAIL, Polizia....

18. Codice della struttura erogatrice

Codice regionale della farmacia.

19. Data di erogazione

Data di erogazione del medicinale da parte della struttura erogatrice nel formato GGMMAAA (giorno, mese, anno).

20. Data della prescrizione

Data di compilazione della ricetta da parte del prescrittore nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket

Il codice utilizzato è:

01 = Esente totale;

02 = Non esente;

03 = Pagamento quota ricetta;

04 = Esente parziale.

22. Tipologia di esenzione

Codice indicante il motivo di esenzione dal ticket. Il codice utilizzato è:

01 = Esente per età e reddito;

02 = Esente per patologia;

03 = Altro;

04 = Non esente;

99 = Non rilevato.

Il codice utilizzato è coerente con il campo 21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket.

23. Importo totale delle prestazioni

Importo totale delle prestazioni erogate ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo della prestazione, nel formato NNNNN,NN.

24. Importo del ticket

Importo del ticket pagato dal cittadino relativo a tutte le prestazioni nel formato NNNNN,NN.

25. Progressivo prestazione per contatto

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

26. Codice AIC

Codice della di autorizzazione all'immissione in commercio della confezione del medicinale distribuito (Modello MINSAN10).

27. Quantità

Numero di confezioni di medicinali distribuiti.

28. Importo della prestazione

Importo della singola confezione di medicinali erogata nel formato NNNNN,NN.

APPENDICE - TRACCIATO DEI RECORD

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI (1 record per ogni ricetta)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
4.	Codice individuale dell'assistito	27	33	AN	7	
5.	Identificativo cittadino	34	49	AN	16	
6.	Data di nascita	50	57	DATA	8	
7.	Comune di nascita	58	63	AN	6	
8.	Sesso	64	64	AN	1	
9.	Cittadinanza	65	67	AN	3	
10.	Regione di residenza	68	70	AN	3	
11.	Azienda USL di residenza	71	73	AN	3	
12.	Comune di residenza	74	79	AN	6	
13.	Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia	80	99	AN	20	
14.	Codice istituzione competente	100	127	AN	28	

SEZIONE 2 – DATI DI CONTATTO (1 record per ogni ricetta)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
15.	Numero della ricetta	27	42	N	16	
16.	Medico prescrittore	43	58	AN	16	
17.	Tipologia del medico prescrittore	59	60	AN	2	
18.	Struttura erogatrice	61	66	AN	6	
19.	Data di erogazione	67	74	DATA	8	
20.	Data della prescrizione	75	82	DATA	8	
21.	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	83	84	AN	2	
22.	Tipologia di esenzione	85	86	AN	2	
23.	Importo totale delle prestazioni	87	94	N	8	
24.	Importo del ticket	95	102	N	8	

SEZIONE 3 – DATI DI PRESTAZIONE (1 record per ogni prestazione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
25.	Progressivo riga per contatto	27	28	N	2	Chiave
26.	Codice AIC	29	38	AN	10	
27.	Quantità	39	41	N	3	
28.	Importo della prestazione	42	49	N	8	

NOTE:

(1) Formato

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "spazio".

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

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "zero".