

Con il D.M. MEF del 21 dicembre 2007 è stata avviata dall'1 marzo 2008 la fase a regime del progetto tessera sanitaria sia per la Sicilia che per le Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta e Veneto. Queste Regioni si aggiungono all'Abruzzo ed all'Umbria che hanno avviato la fase a regime l'1 gennaio 2007.

L'avvio della fase a regime comporta la piena coerenza del regime sanzionatorio stabilito dai commi 8 bis, 8 ter e 8 quater, secondo le modalità definite dalla circolare emanata del MEF prot. n. (RGS) 77524 del 7 giugno 2007.

Nel ribadire che il mancato rispetto agli obblighi informativi definiti dal progetto tessera sanitaria si configura come inadempimento regionale ai fini dell'accesso per il servizio sanitario regionale all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato, si richiamano le aziende sanitarie al rispetto di tutti gli obblighi informativi, definiti dall'art. 50 della legge n. 326/2003 e relativi DD.MM. attuativi.

In particolare si sottolineano la necessità di ottemperare ai seguenti obblighi:

— costante ed efficace attività di "manutenzione" ed aggiornamento delle basi dati di competenza;

— invio puntuale dei dati delle ricette, in termini temporali e qualitativi, dai laboratori di specialistica;

— assegnazione dei ricettari al medico prescrittore, esclusivamente tramite la procedura telematica fornita dal portale sistema TS.

Le aziende unità sanitarie locali sono, inoltre, richiamate ad assicurare un efficace monitoraggio sul rispetto degli obblighi ex art. 50, legge n. 326/2003 da parte dei titolari delle strutture di erogazione di servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica), nonché l'utilizzo dei report forniti dal portale sistema TS ai fini del monitoraggio dell'attività prescrittiva e della connessa spesa sanitaria.

#### 6. Mobilità sanitaria internazionale: gestione debiti-crediti tramite i sistemi informativi definiti dal MDS

Si richiamano le direttive regionali già impartite ai fini dell'implementazione dei sistemi informativi definiti dal Ministero della salute per la gestione dei debiti-crediti connessi ai processi di mobilità sanitaria internazionale.

Si ribadisce l'obbligo delle aziende unità sanitarie locali all'utilizzo delle procedure stabilite dai sistemi informativi sotto elencati:

— sistema telematica europea per la sicurezza sociale (TESS), inerente la mobilità sanitaria tra gli Stati membri dell'Unione europea;

— sistema trasferimenti all'estero nei centri di altissima specializzazione (TECAS);

— sistema assistenza sanitaria nei paesi esteri convenzionati (ASPEC), connesso all'applicazione degli accordi bilaterali in materia di sicurezza sociale.

#### 7. Sanzioni

I termini relativi alla trasmissione delle suddette comunicazioni, rientrando tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'intesa sancita dalla conferenza Stato-Regioni il 25 marzo 2005, sono da intendersi inderogabili.

Il mancato rispetto delle modalità sopra indicate e delle scadenze per quanto riguarda i flussi economici concorre a far dichiarare inadempiente la Regione da parte dei Ministeri competenti come previsto dall'art. 6 ed all'allegato 1 dell'intesa citata. Pertanto nei confronti delle aziende che dovessero far scattare l'inadempienza verrà comminata la riduzione pari ad un terzo della quota di FSR mensile, del quinto della retribuzione degli organi di direzione, nonché la decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale.

Il mancato rispetto dell'invio dei modelli di rilevazione delle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere di cui al cap. 3 e dei flussi che riguardano le prestazioni assistenziali sanitarie di cui al cap. 2 questi ultimi con le relative attestazioni del controllo logico-formale dei dati inibisce la remunerazione di eventuali prestazioni/ricoveri comunicati.

L'inadempimento verrà segnalato dal DOE al dipartimento ASO ufficio per la valutazione dei direttori generali. Qualora nel corso dell'esercizio vengano effettuate tre segnalazioni di inadempimento a carico dello stesso direttore generale verranno adottate determinazioni a carico dello stesso in ordine al riconoscimento della premialità e/o la dichiarazione di decadenza automatica, ferme restando le ulteriori sanzioni previste dall'art. 6 del decreto Ministero della salute del 5 dicembre 2006.

Le aziende unità sanitarie locali, inoltre, sono richiamate al pieno rispetto delle scadenze stabilite dal Ministero della salute per l'invio dei flussi inerenti i debiti-crediti derivanti dalla mobilità sanitaria internazionale, anche in considerazione dell'applicazione del comma 796, lett. d), punto 7 della legge n. 296 del 27 dicembre 2006, che richiama espressamente l'attuazione di quanto stabilito dall'art. 18, comma 7, del decreto legislativo n. 502/92.

Le sanzioni sopra richiamate saranno inserite nei contratti di nuova sottoscrizione dei direttori generali.

#### SCHEDE DI MONITORAGGIO

Flussi	Descrizione	Pianificazione invii		
		Trasmissione Assessorato regionale sanità DOE	Inserimento NSIS	Invio SOGEI
CE	Conto economico	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese	Trimestrale - ai fini ministeriali l'obbligatorietà è prevista entro l'ultimo giorno del mese successivo al trimestre di competenza - ai fini dell'attività relativa alla verifica trimestrale regionale l'inserimento è anticipato al quindicesimo giorno del mese successivo al trimestre di competenza	//////
SP	Stato patrimoniale	Annuale - 31 maggio - in sede di trasmissione del bilancio	Annuale - 31 maggio - in sede di trasmissione del bilancio	//////
CP	Conto presidi	Annuale - 31 maggio - in sede di trasmissione del bilancio	Annuale - 31 maggio - in sede di trasmissione del bilancio	//////
LA	Livelli di assistenza	Trimestrale - Entro quindici giorni successivi al trimestre	Trimestrale - Entro quindici giorni successivi al trimestre	//////

Flussi	Descrizione	Pianificazione invii		
		Trasmissione Assessorato regionale sanità DOE	Inserimento NSIS	Invio SOGEI
SDO - A	Flussi scheda di dimissione ospedaliera	Gennaio-novembre entro il 15 giorno del mese successivo - dicembre entro il 31 gennaio integrazione entro 16 febbraio	30 dicembre I semestre - 31 giugno II semestre	//////
B	Flusso B: Attività di medicina generale	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
C	Flussi C: Specialistica ambulatoriale	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
D	Flusso D: Attività farmaceutica	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
E	Flusso E: Cure termali	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
F	Flusso F: Somministrazione diretta dei farmaci	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
G	Flusso G: Attività di trasporti con ambulanza ed elisoccorso	Trimestrale - Entro quindici giorni successivi al trimestre di riferimento	//////	//////
H	Flusso H: Dispensazione diretta dei farmaci	Mensile - Entro dieci giorni successivi al mese di riferimento	Mensile - Entro dieci giorni successivi al mese	//////
M	Flusso M: Specialistica convezionata esterna	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	Mensile - Entro dieci giorni successivi al mese
P	Flusso Cedap: Certificato di assistenza al parto	Trimestrale - Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Semestrale - 30 giugno - 30 dicembre	
T	Flusso T: Somministrazione di farmaci antiblastici	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
Z	Flusso Z: Attività erogata in favori di pazienti ricoverati in altre strutture del SSR	Trimestrale - Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	//////	//////
D11	Flusso Aborti spontanei	Trimestrale - Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	//////	//////
D12	Flusso IVG : interruzioni volontarie di gravidanza	Trimestrale - Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	//////	//////
RENCAM	Schede di morte	Annuale - Entro il 1° trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento	//////	//////
Flusso prestazioni ex art. 26	Prestazioni riabilitative ex art. 26	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
Flusso RSA, RSA Alzheimer e CTA	Prestazioni socio-sanitarie	Mensile - Entro quindici giorni successivi al mese di riferimento	//////	//////
FLS.11	Dati di struttura e di organizzazione dell'azienda unità sanitaria locale	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////

Flussi	Descrizione	Pianificazione invii		
		Trasmissione Assessorato regionale sanità DOE	Inserimento NSIS	Invio SOGEI
FLS.12	Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
FLS.18	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
FLS.21	Attività di assistenza sanitaria di base	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.11	Dati anagrafici delle strutture di ricovero	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.11 bis	Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.12	Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.13	Posti letto per disciplina delle case di cura private	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.14	Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.16	Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
HSP.22 bis	Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	//////	Trimestrale - entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre	//////
HSP.23	Attività delle case di cura private	//////	Trimestrale - entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre	//////
HSP.24	Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi	//////	Trimestrale - entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre	//////
RIA.11	Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/78	//////	Annuale - entro 31 gennaio dati anagrafici di struttura - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento dati attività	//////
STS.11	Dati anagrafici delle strutture sanitarie	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
STS.14	Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	//////	Annuale - entro 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
STS.21	Assistenza specialistica territoriale attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////
STS.24	Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale	//////	Annuale - entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento	//////

**Allegato B****Flusso G: ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO****PREMESSA**

Le prestazioni riguardano le prestazioni di elisoccorso e di trasporto con ambulanza.

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dalla presente circolare, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda relativa all'attività di elisoccorso e di trasporto con ambulanza.

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

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo all'eventuale struttura erogatrice della prestazione. I primi tre caratteri identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

**Codice presidio erogatore (alfanumerico - otto caratteri - FAC)**

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP. I primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

**Centrale operativa (alfanumerico - sei caratteri - OBB)**

Indicare il codice della centrale operativa che effettua la prestazione.

**Codice medico prescrittore (alfanumerico - sedici caratteri - FAC)**

Codice regionale o codice fiscale del medico.

**Numero scheda rilevazione (alfanumerico - cinque caratteri - OBB)**

Indicare il numero della scheda di rilevazione.

**Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OBB)**

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

**Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OBB)**

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

**Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)**

Codice fiscale dell'utente.

**Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - OBB)**

Codifica da utilizzare:

1 = maschio;

2 = femmina.

**Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OBB)**

Formato GGMMAAAA.

**Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)**

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza.

**Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - FAC)**

Codice unità sanitaria locale di residenza.

**Tipo di trasporto (alfanumerico - un carattere - OBB)**

Codifica da utilizzare:

E = elisoccorso;

A = ambulanza.

**Quantità (alfanumerico - tre caratteri - OBB)**

Indicare i minuti di utilizzo del mezzo di soccorso (p.e. 060).

**Data erogazione della prestazione di elisoccorso (alfanumerico - otto caratteri - OBB)**

Formato GGMMAAAA.

**Identificativo record (alfanumerico - dieci caratteri - OBB)**

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

**Tracciato record flusso G: Trasporto con ambulanza ed elisoccorso**

Prog.	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-6	Codice struttura	AN	6
2	7-14	Presidio erogatore	AN	8
3	15-19	Centrale operativa	AN	6
4	20-35	Medico prescrittore	AN	16
5	36-40	Numero scheda rilevazione	AN	5
6	41-70	Cognome utente	AN	30
7	71-90	Nome utente	AN	20
8	91-106	Codice fiscale	AN	16
9	107-107	Sesso utente	AN	1
10	108-115	Data nascita utente	AN	8
11	116-121	Comune di residenza	AN	6
12	122-124	Unità sanitaria locale di residenza	AN	3
13	125-125	Tipo di trasporto	AN	1
14	126-128	Quantità	AN	3
15	129-136	Data erogazione	AN	8

Lunghezza totale del record: 136.

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

**Allegato C**

*Flusso prestazioni ex art. 26: ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI DELL'ATTIVITA' DELLE STRUTTURE EX ART. 26*

**PREMESSA****Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate**

*Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Valore di riferimento 190.

*Codice ASL (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo all'eventuale struttura erogatrice della prestazione.

*Codice struttura erogatrice (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed, in particolare, nei modelli STS11.

*Tipo struttura (alfanumerico - un carattere - OBB)*

- 1 = pubblico;
- 2 = privato.

*Anno di riferimento (alfanumerico - quattro caratteri - OBB)*

Indica l'anno di erogazione della prestazione nel formato AAAA.

*Numero scheda (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Numero attribuito dalla struttura erogante che identifica in modo univoco il ricovero descritto.  
Per esempio il numero della scheda di registrazione (esempio 000100).

*Mese di competenza (alfanumerico - due caratteri - OBB)*

Indica il mese di competenza della prestazione erogata nel formato MM.

*Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OBB)*

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

*Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OBB)*

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

*Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)*

Codice fiscale dell'utente.

*Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Codifica da utilizzare:

- 1 = maschio;
- 2 = femmina.

*Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Formato GGMMAAAA.

*Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza seguita da 000.

*Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Codice unità sanitaria locale di residenza.

*Cittadinanza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Codice ISTAT della cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.

*Provenienza assistito (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare la provenienza dell'ospite secondo la seguente anagrafica:

- 1 = abitazione;
- 2 = struttura protetta socio-sanitaria;
- 3 = struttura sociale;
- 4 = struttura ospedaliera;
- 5 = struttura di riabilitazione.

*Data ingresso (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indicare la data di ingresso dell'assistito secondo il formato GGMMAAAA.

*Regime assistenziale (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare:

- 1 = regime residenziale;
- 2 = regime semiresidenziale.

*N. prestazioni/giornate di degenza/n. accessi (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Indicare il numero di prestazioni/giornate/accessi (esempio 050).

*N. giornate di assenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Indicare il numero di giornate di assenza (esempio 050).

*Trattamento (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare il trattamento secondo la seguente codifica:

*Diagnosi principale (alfanumerico - cinque caratteri - OBB)*

Indicare il codice ICD-9 CM ver. 19 della diagnosi relativa all'assistito.

*Numero autorizzazione (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica il numero dell'autorizzazione...

*Data autorizzazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la data dell'autorizzazione nel formato GGMMAAAA.

*N. prestazioni autorizzate (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Indicare il numero di prestazioni autorizzate (esempio 050).

*Modalità dimissione (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare la destinazione dopo la dimissione della persona secondo la seguente anagrafica:

- 1 = domicilio senza assistenza;
- 2 = domicilio con assistenza;
- 3 = struttura ospedaliera per acuti;
- 4 = altra tipologia di residenza;
- 5 = decesso.

*Data dimissione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la data di dimissione nel formato GGMMAAAA.

*Tariffa prestazione presenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 000,00.

*Tariffa prestazione assenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 000,00.

*Importo totale (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 00000,00.

**Tracciato record flusso "RSA-CTA"**

Prog.	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-3	Codice Regione	AN	3
2	4-6	Codice ASL	AN	3
3	7-12	Codice struttura	AN	6
4	13-13	Tipo struttura	AN	1
5	14-17	Anno	AN	4
6	18-23	N. scheda	AN	6
7	24-53	Cognome	AN	30
8	54-73	Nome	AN	20
9	74-89	Codice fiscale	AN	16
10	90-90	Sesso	AN	1
11	91-98	Data nascita	AN	8
12	99-104	Comune di residenza	AN	6
13	105-107	ASL residenza	AN	3
14	108-110	Cittadinanza	AN	3
15	111-111	Provenienza assistito	AN	1
16	112-119	Data ingresso	AN	8
17	120-120	Regime	AN	1
18	121-123	N. prestazione/giornate degenza/n. accessi	AN	3
19	124-126	Giornate di assenza	AN	3
20	127-127	Trattamento	AN	1
21	128-132	Diagnosi principale (ICD-9 cm ver. 19)	AN	5
22	133-138	Numero autorizzazione	AN	6
23	139-146	Data autorizzazioni	AN	8
24	147-149	N. prestazioni autorizzate	AN	3
25	150-150	Modalità di dimissione	AN	1
26	151-158	Data dimissione	AN	8
27	159-164	Tariffa prestazione presenza	AN	6
28	165-170	Tariffa prestazione assenza	AN	6
29	171-178	Importo totale	AN	8

Lunghezza totale del record: 178.

**Allegato D**

*Flusso RSA - RSA Alzheimer - CTA: ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI*

**PREMESSA****Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate**

*Codice Regione (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Valore di riferimento 190.

*Codice ASL (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Il codice da utilizzare è quello che individua l'azienda sanitaria facente capo all'eventuale struttura erogatrice della prestazione.

*Codice struttura erogatrice (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Il codice da utilizzare è quello che individua la struttura erogatrice nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed, in particolare, nei modelli STS11.

*Tipo struttura (alfanumerico - un carattere - OBB)*

- 1 = pubblico;
- 2 = privato.

*Tipo assistenza (alfanumerico - un carattere - OBB)*

- 1 = RSA;
- 2 = RSA-Alzheimer;
- 3 = CTA 20 posti letto;
- 4 = CTA 40 posti letto.

*Anno di riferimento (alfanumerico - quattro caratteri - OBB)*

Indica l'anno di erogazione della prestazione nel formato AAAA.

*Numero scheda (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica il numero della scheda RSA o CTA (esempio 000100).

*Mese di competenza (alfanumerico - due caratteri - OBB)*

Indica il mese di competenza della prestazione erogata nel formato MM.

*Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - OBB)*

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo, ciò per permettere di eseguire procedure di controllo con altri data-base, ad esempio con l'ufficio anagrafico.

*Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - OBB)*

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

*Codice fiscale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)*

Codice fiscale dell'utente.

*Sesso dell'utente (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Codifica da utilizzare:

- 1 = maschio;
- 2 = femmina.

*Data nascita dell'utente (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Formato GGMMAAAA.

*Comune di residenza (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza seguita da 000.

*Unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Codice unità sanitaria locale di residenza.

*Cittadinanza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Codice ISTAT della cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.

*Provenienza assistito (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare la provenienza dell'ospite secondo la seguente anagrafica:

- 1 = abitazione;
- 2 = struttura protetta socio-sanitaria;
- 3 = struttura sociale;
- 4 = struttura ospedaliera;
- 5 = struttura di riabilitazione

*Data ingresso (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indicare la data di ingresso dell'assistito secondo il formato GGMMAAAA.

*Regime assistenziale (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare:

- 1 = regime residenziale;
- 2 = regime semiresidenziale.

*Giornate di assistenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)*

Indicare il numero di giornate di assistenza (esempio 050).

*Diagnosi principale (alfanumerico - cinque caratteri - OBB)*

Indicare il codice ICD-9 CM ver. 19 della diagnosi relativa all'assistito.

*Numero autorizzazione (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica il numero dell'autorizzazione...

*Data autorizzazione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la data dell'autorizzazione nel formato GGMMAAAA.

*Modalità dimissione (alfanumerico - un carattere - OBB)*

Indicare la destinazione dopo la dimissione della persona secondo la seguente anagrafica:

- 1 = domicilio senza assistenza;
- 2 = domicilio con assistenza;
- 3 = struttura ospedaliera per acuti;
- 4 = altra tipologia di residenza;
- 5 = decesso.

*Data dimissione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la data di dimissione nel formato GGMMAAAA.

*Tariffa RSA FSR (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 000,00.



*Tariffa a carico dell'utente (alfanumerico - sei caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 000,00.

*Quota riscossa (alfanumerico - otto caratteri - OBB)*

Indica la tariffa... nel formato 00000,00.

**Tracciato record flusso "RSA-CTA"**

Prog.	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-3	Codice Regione	AN	3
2	4-6	Codice ASL	AN	3
3	7-12	Codice struttura (STS11)	AN	6
4	13-13	Tipo struttura	AN	1
5	14-14	Tipo assistenza	AN	1
6	15-18	Anno	AN	4
7	19-24	Numero scheda	AN	6
8	25-26	Mese competenza	AN	2
9	27-56	Cognome	AN	30
10	57-76	Nome	AN	20
11	77-92	Codice fiscale	AN	16
12	93-93	Sesso	AN	1
13	94-101	Data nascita	AN	8
14	102-107	Comune di residenza	AN	6
15	108-110	ASL residenza	AN	3
16	111-113	Cittadinanza	AN	3
17	114-114	Provenienza assistito	AN	1
18	115-122	Data ingresso	AN	8
19	123-123	Regime	AN	1
20	124-126	Giornate assistenza	AN	3
21	127-131	Diagnosi principale (ICD-9 cm ver. 19)	AN	5
22	132-137	Numero autorizzazione	AN	6
23	138-145	Data autorizzazioni	AN	8
24	146-146	Modalità di dimissione	AN	1
25	147-154	Data dimissione	AN	8
26	155-160	Tariffa RSA FSR	AN	6
27	161-166	Tariffa a carico utente	AN	6
28	167-174	Quota riscossa	AN	8

Lunghezza totale del record: 174.

**(2008.25.1951)102**

DECRETO 9 giugno 2008.

**Rettifica ed integrazione del decreto 12 dicembre 2007, concernente zone carenti di assistenza primaria accertate all'1 marzo 2007.**

IL DIRIGENTE GENERALE  
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE  
PER L'ASSISTENZA SANITARIA  
ED OSPEDALIERA E LA PROGRAMMAZIONE  
E LA GESTIONE DELLE RISORSE CORRENTI  
DEL FONDO SANITARIO

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale del 23 marzo 2005 ed, in particolare, l'art. 34, che stabilisce i criteri per la copertura degli ambiti carenti di assistenza primaria;

Visto il decreto n. 8927 del 26 ottobre 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 53 del 17 novembre 2006, con il quale sono stati rideterminati gli ambiti territoriali di assistenza primaria, secondo i criteri previsti dall'art. 33 dell'accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005;

Visto il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

Visto il decreto n. 1341 del 21 giugno 2007 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 30 del 6 luglio 2007), come rettificato ed integrato dai decreti n. 1695 dell'8 agosto 2007 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 38 del 24 agosto 2007), n. 1906 del 21 settembre 2007 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 47 del 5 ottobre 2007) e n. 594 del 18 marzo 2008 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 15 del 4 aprile 2008), con il quale sono state approvate le graduatorie regionali definitive di medicina generale valide per l'anno 2007, ed, in particolare, la graduatoria relativa al settore di assistenza primaria;

Visto il decreto n. 2807/2007 del 12 dicembre 2007, (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 59 del 21 di-