

*Il Direttore Generale*

Prot. n. ASS/INS/02/ 6399

Bologna, 7 febbraio '02

**CIRCOLARE N. 3**

Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sanitari  
Ai Direttori Amministrativi  
delle Aziende Sanitarie

Al Commissario Straordinario  
Al Direttore Sanitario  
Al Direttore Amministrativo  
dello II.OO.RR.

Ai Referenti Organizzativi della  
Specialistica Ambulatoriale  
Ai Referenti Informativi della  
Specialistica Ambulatoriale  
Ai responsabili del Sistema  
Informativo Aziendale  
Ai responsabili del Servizio Informatico-Ced  
Ai referenti della mobilità sanitaria

- delle Aziende Sanitarie  
- dello II.OO.RR.  
della Regione Emilia Romagna

Ai presidenti delle Associazioni  
AIOP ARIS  
ANISAP

LORO SEDI

Oggetto: Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale- anno 2002 ( ASA).

La Regione già nella la D.G.R. n. 410 / 1997, di recepimento del nomenclatore tariffario nazionale di cui al D.M. 22 luglio 1996, ha previsto le informazioni minime per il debito informativo delle aziende sanitarie nei confronti del livello regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale. La deliberazione ha indicato che la "scheda ambulatoriale" deve costituire il modello di rilevazione e la base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile ai fini del pagamento delle prestazioni rese dai soggetti erogatori, demandando all'Assessore regionale alla Sanità la definizione delle modalità di attuazione della rilevazione.

Con la D.G.R. n. 1296/1998 "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo" è stato avviato il flusso informativo regionale per la specialistica ambulatoriale, quale rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico- amministrative e sanitarie inerenti le prestazioni erogate, secondo le specifiche tecniche definite con la successiva circolare n. 10/99.

In questa prima fase, relativa agli anni 1999- 2001, la raccolta dei dati è stata eseguita su base mensile per le prestazioni - distinte per codice di prestazione, azienda di residenza, classe di età e sesso degli utenti - erogate dai produttori pubblici e privati accreditati, con trasmissione semestrale all'archivio regionale.

La qualità della rilevazione è progressivamente migliorata, nel corso del triennio per quanto riguarda i volumi e le tipologie delle prestazioni prodotte, anche se va segnalata la ancora incompleta raccolta delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

Alla luce dell'esperienza realizzata, a supporto dei processi di valutazione e di programmazione del settore della specialistica ambulatoriale, si rende ora necessario ridefinire le caratteristiche del debito informativo verso la Regione con l'organizzazione di una *rilevazione sistematica* non più per dati aggregati ma *analitica* in relazione agli erogatori, agli utenti e alle prestazioni.

Il flusso ASA così ridefinito si pone anche quale *strumento di monitoraggio* delle prescrizioni di prestazioni specialistiche, in attuazione a quanto disposto all'art.2, comma 5, della Legge n. 405 / 2001 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

In coerenza con quanto indicato in ordine al controllo dei *tempi di attesa* dal D.L.vo n. 124/98 e dalla già citata D.G.R. n. 1296/98, la rilevazione analitica inoltre rende possibile il calcolo retrospettivo del tempo di attesa intercorrente tra la prenotazione e l'esecuzione della

prestazione (*tempo di attesa effettivo*), integrando il monitoraggio regionale effettuato finora a cadenza trimestrale per un numero limitato di prestazioni e relativo al tempo di attesa prospettato. Oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa sono le prestazioni ambulatoriali programmabili, urgenti ed urgenti differibili.

Con la finalità di acquisire gli elementi necessari per valutare il corretto rapporto tra l'attività libero professionale del personale della dirigenza sanitaria e la corrispondente attività istituzionale - come dal punto F della circolare regionale n. 9/91 e dal punto 5 dell'allegato alla D.G.R. n. 54 del 28.1.2002, direttiva regionale concernente *l'attività libero professionale intramuraria* - viene rilevata anche tale tipologia di attività con i relativi tempi di attesa retrospettivi.

Vengono di seguito precisati gli ambiti di applicazione e le modalità di gestione del flusso, ricordando che la *presenza del sistema informativo*, secondo le specifiche indicate a livello regionale, *costituisce criterio di valutazione per l'accreditamento* delle strutture ambulatoriali e presupposto per *l'accesso al finanziamento*.

## **1. Ambito di applicazione**

Oggetto della rilevazione del flusso è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai *singoli pazienti esterni*, in *ambito ospedaliero e territoriale*, dagli *erogatori pubblici e privati accreditati*. In particolare vengono rilevate le visite e le prestazioni specialistiche e ambulatoriali previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale (di cui alla sopra citata D.G.R. n. 410/1997 e successive modifiche e integrazioni, ultima la D.G.R. n.2354/2001).

La rilevazione comprende anche le prestazioni erogate nell'ambito dei programmi regionali di *screening*.

Oggetto della rilevazione è anche l'attività ambulatoriale *libero professionale intramoenia*, codificata secondo il citato nomenclatore tariffario regionale.

Più in dettaglio oggetto della rilevazione sono:

***in ambito ospedaliero***: a) tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale a pazienti esterni, da tutti gli ambulatori/servizi e singoli specialisti; b) le prestazioni erogate in Pronto Soccorso, nel caso in cui a tali prestazioni non segua il ricovero.

Sono *escluse* da questa rilevazione le prestazioni ambulatoriali legate al ricovero (pre / post ricovero), che vengono considerate a tutti gli effetti ricomprese nella prestazione di ricovero.

Sono inoltre escluse le prestazioni erogate a favore di pazienti in carico (in costanza di ricovero) ad altri presidi : tali prestazioni sono soggette a fatturazione diretta.

**In ambito territoriale:** tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori e poliambulatori, inclusa l'attività specialistica di ostetricia - ginecologia erogata nei consultori familiari.

La rilevazione non comprende invece la restante attività dei consultori e quella erogata dai SERT e dai Servizi di Salute Mentale, compresa la neuropsichiatria infantile. Queste ultime tipologie di attività sono oggetto di specifici flussi informativi.

## 2. Oggetto della rilevazione

Le informazioni che si raccolgono con il nuovo flusso di dati individuali (**ASA**) sono riconducibili a tre categorie:

- caratteristiche della struttura erogatrice;
- caratteristiche del paziente fruitore delle prestazioni;
- caratteristiche delle prestazioni erogate.

Il dettaglio delle informazioni richieste per ognuna di tali categorie è rilevabile nelle tabelle in *allegato 1*, in cui è riportato il tracciato record.

Per quanto riguarda le *strutture erogatrici*, si precisa che il codice di identificazione è quello previsto, per tutte le strutture territoriali accreditate, nella rilevazione nazionale STS.11, come indicato nella nota del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930.

## 3. Istituzione del flusso

Il nuovo flusso ASA viene attivato a *partire dall'attività erogata dal 1 gennaio 2002* e, dopo averne verificato la consistenza e completezza, verranno progressivamente aboliti i seguenti flussi informativi:

- ✓ Mobilità sanitaria interregionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (circolare 9/1999);
- ✓ Mobilità sanitaria infraregionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (circolare 9/1999).

Si considerano aboliti fin da ora i seguenti flussi:

- ✓ Flusso dati ambulatoriali aggregati, Circolare n. 10 del 14/06/1999;
- ✓ Flusso Pronto Soccorso , Circolare n. 54 del dicembre 1994.

Il debito informativo verso la Regione ha **cadenza trimestrale** (si veda *Allegato 2*) e riguarda sia le *strutture pubbliche* che *private accreditate*, come previsto dalle Delibere n. 410/97, n. 1296/98 e n. 426/2000, che provvederanno alla trasmissione dei dati secondo le modalità sottoindicate.

Tutte le **Aziende Sanitarie** inviano al Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario dell'Assessorato alla Sanità, i dati relativi alle prestazioni erogate dalle proprie strutture, secondo il tracciato e le indicazioni previsti negli Allegati 1 e 2.

Le **Aziende USL**, dovranno farsi carico dell'invio, oltre che dei propri dati di attività, anche di quelli delle strutture private accreditate ubicate nel proprio territorio, *per tutte le prestazioni erogate dalle stesse a pazienti residenti e non* nel territorio regionale. Tale soluzione, comunque coerente con il ruolo di vigilanza esercitato dalle Aziende territoriali, è da considerarsi temporanea in attesa di rendere possibile, con le necessarie garanzie di sicurezza, la trasmissione diretta via telematica da parte di tutti gli erogatori privati accreditati.

Pertanto le **Strutture private accreditate sono tenute ad inviare alle Aziende USL di ubicazione territoriale tutti i dati relativi alle prestazioni erogate**, comprese quelle interamente coperte dal ticket, secondo il tracciato record previsto nell'allegato 1 e le scadenze indicate nell'allegato 2, in attesa di attivare il previsto sistema di trasmissione diretta.

Ai fini del rispetto delle norme sulla "privacy" e sicurezza dei dati, le informazioni vengono richieste su due record distinti: tabella A per la parte anagrafica e tabella B per i dati delle prestazioni.

Fiduciosi della collaborazione, si inviano distinti saluti.

Franco Rossi

Allegati 2

# ALLEGATO 1 – Informazioni rilevate e tracciato record flusso ASA

## 1.1 Formato file e tipo di dati

I file da inviare in Regione sono in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere caricati nella banca dati regionale.

I campi contrassegnati nel tracciato con il tipo "AN" sono alfanumerici, devono essere allineati a sinistra ed i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi.

I campi di tipo "N" sono numeri interi positivi e devono essere allineati a destra riempiendo i byte non utilizzati con "0" (zero).

## 1.2 Grado di obbligatorietà delle informazioni e controlli

L'obbligatorietà delle informazioni contenute nel tracciato record è così graduata

TIPO VINCOLO	GRADO DI OBBLIGATORIETÀ
OBB V	Il campo è obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato
OBB	Campo obbligatorio in determinate circostanze specificate (obbligatorietà condizionata). Se valorizzato in modo errato il record viene scartato
FAC	Il campo è facoltativo.

## 1.3 Scarti e modifiche

Qualora ci siano errori nella tabella A o in una prestazione *viene scartato tutto il blocco di record che appartiene a quella prescrizione*. Parimenti, qualora si vogliano apportare modifiche o correzioni alla parte in tabella A o ad una singola prestazione, *occorre rinviare tutto il blocco di record appartenenti alla prescrizione*.

## 1.4 Tracciato tabelle

### 1.4.1 Avvertenze generali per la compilazione

- Per garantire il rispetto delle regole relative alla "**privacy**" e alla sicurezza, i dati anagrafici dell'utente devono essere trasmessi separatamente da quelli "sensibili". Per ogni prescrizione/contatto deve essere compilato **un record della Tabella A** (dati anagrafici relativi all'utente e alla modalità di prescrizione e di accesso) e **n record della Tabella B** per le prestazioni erogate, uno per ogni codice di prestazione. La chiave univoca che unisce i record appartenenti alla stessa prescrizione/contatto è composta dai primi tre campi dei due tracciati.
- Se per la **stessa prescrizione** le prestazioni sono **erogate da strutture diverse**, bisognerà produrre **un record A (ed i relativi record B) per ogni struttura erogatrice**; ciascun record riporterà lo stesso n. di prescrizione  
Per quanto riguarda il **ticket**, l'ammontare verrà registrato dalla struttura che lo riscuote effettivamente mentre l'altra segnalerà nel campo "posizione dell'utente nei confronti del ticket" (v. pos.163 tracciato) lo specifico codice 05 (= non esente, ticket riscosso da altra struttura).
- I record A e B possono essere utilizzati per segnalare in **modo "cumulativo"**, oltre che le prestazioni previste in un "day service", anche quelle di diversa tipologia erogate come "ciclo" a utenti quali: dializzati, talassemici, oncologici in trattamento radioterapico etc. In questi casi è possibile effettuare un'unica segnalazione delle prestazioni erogate all'utente durante tutto il ciclo o in un determinato periodo (es. un mese, per utenti in trattamento dialitico) ponendo come **data di erogazione** quella in cui viene effettuata la **prima** delle prestazioni riportate e segnalando la **data di chiusura del ciclo**, o la data convenzionale che chiude il periodo di tempo entro cui sono state erogate tutte le diverse prestazioni registrate.
- **L'utente** deve essere **identificato**, per tutte le successive esigenze informative, preferibilmente attraverso il **Codice Fiscale** (come previsto dalla legge 412/91 Ministero delle Finanze); per i residenti nella regione, in alternativa, è possibile utilizzare il Codice Sanitario individuale. Per i non residenti in regione, in alternativa al C.F. possono essere utilizzati nome, cognome e data di nascita, ai fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale.
- Gli **importi** dovranno essere espressi in euro, secondo il tariffario regionale di cui alla D.G. n. 2354 del 5 novembre 2001. Per evitare problemi legati al carattere di separazione decimale, tutti gli importi sono suddivisi in due campi: il primo relativo alla parte intera ed il secondo ai due decimali.
- Se il campo è definito obbligatorio ma **non è possibile rilevare** l'informazione richiesta, **riempire il campo a "zeri"** e non "forzare" mai indicando in maniera impropria altri codici esistenti.

### 1.4.2 Tracciato tabella A (1 record per ogni prescrizione/contatto)

POS.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE	VINC.
1	Az. USL/Az.Osp.	AN	3	Codice dell'azienda USL o OSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale	OBB V
4	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice STS 11 (sarà disponibile nel sito internet dell'ASA <a href="http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/">http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/</a> ).	OBB V
10	Codice contatto	AN	13	Identificativo univoco per struttura erogatrice, che unisce il record in tabella A ai record in tabella B. Il codice, comunque formato, deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.	OBB V
23	Codice prescrizione	AN	16	Letture del codice a barre della ricetta (per le prescrizioni su ricettario verde)	OBB
39	Tipologia Medico prescrittore	AN	2	<i>Valori ammessi:</i> 00 = Non rilevato 01 = Medico di base 02 = Pediatra di libera scelta 03 = Medico specialista ospedaliero 04 = Medico specialista territoriale 05 = Guardia turistica 06 = Guardia medica 07 = Non previsto (es libero accesso, Pronto Soccorso) 08 = Medico altra regione 99 = Altro (es medico INPS, INAIL)	OBB V
41	Identificativo Medico prescrittore	N	5	Se tipologia prescrittore = 01, 02, riportare il Codice Regionale a 5 cifre; <i>comunque sempre preferibile Codice Fiscale (v. campo successivo)</i>	OBB
46	Identificativo Medico prescrittore	AN	16	Se tipologia medico 03-06, riportare il Codice Fiscale; se tipologia =00, 07, 99, non compilare Se 08, compilare se disponibile	OBB
62	Regime di erogazione	AN	2	<i>Valori ammessi</i> 01 = SSN 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche) 03 = Pagante in proprio 99 = Altro	OBB V
64	Cognome dell'utente	AN	30	Per gli utenti residenti fuori regione se non disponibile il Codice Fiscale. Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	OBB
94	Nome dell'utente	AN	20	Vedi Cognome dell'utente	OBB
114	Codice sanitario individuale	AN	7	Solo per residenti in regione E.R.: Codice sanitario regionale dell'utente a 7 cifre ; <i>comunque sempre preferibile Codice Fiscale (v. campo successivo)</i>	OBB
121	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Per tutti, comunque obbligatorio per non residenti nella regione E.R.: Codice fiscale dell'utente (legge 412/91 Min. Fin.)o codice STP per gli stranieri temporaneamente presenti in Italia	OBB
137	Sesso dell'utente	AN	1	1=Maschio, 2=Femmina	OBB V
138	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V

146	Comune di nascita dell'utente	AN	6	Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS disponibile nel sito internet dell'ASA <a href="http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/">http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/</a> ). Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste	FAC
152	Comune di residenza	AN	6	Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS). Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS). Per i senza fissa dimora codificare : 999999	<b>OBB V</b>
158	Cittadinanza	AN	3	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	FAC
161	Modalità di accesso	AN	2	<i>Valori ammessi:</i> 00 = Non rilevato 01 = Ordinario ( Programmabile) 02 = Controllo/programmato 03 = Urgente (24 h) 04 = Urgente differibile (7 giorni) 05 = Day service 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero 07 = Screening (programma aziendale/regionale) 08 = Libera professione intramoenia 99 = Altro	<b>OBB V</b>
163	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	<i>Valori ammessi:</i> 01= Esente totale per età e/o reddito; 02= Esente per patologia/invalidità; 03=Esente per altre condizioni (gravidanza, diagnosi precoce, screening, donazioni, ecc); 04 = Non esente; 05 = Non esente, ticket riscosso da altri 10 = non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)	<b>OBB V</b>
165	Importo ticket : parte intera	N	3	Importo ticket pagato relativo alla ricetta ; importo intero. Valorizzare se posizione ticket=04	<b>OBB</b>
168	Importo ticket : parte decimale	N	2	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; centesimi. Valorizzare se campo precedente diverso da 0.	<b>OBB</b>
170	Importo totale : parte intera	N	4	Importo ottenuto dalla somma dell'importo totale delle prestazioni - importo del ticket. Per totale si intende il totale per prescrizione. L'importo totale può risultare inferiore alla somma delle tariffe delle prestazioni erogate nel caso di prestazioni scontate e/o "a pacchetto" ; riportare il valore in Euro parte intera.	<b>OBB V</b>
174	Importo totale : decimale	N	2	Centesimi relativi all'importo totale precedente	<b>OBB V</b>
176	Posizione contabile	AN	1	<i>Valori ammessi:</i> 1 = record relativo a prestazioni erogate nel trimestre di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai trimestri precedenti 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato	<b>OBB V</b>
177	Filler	AN	25	Riservato per usi futuri o ritorni informativi	

### 1.4.3 Tracciato tabella B (1 record per ogni prestazione)

Pos.	Campo	Tipo	Lun.	Note	Vinc.
1	Az. USL/Az.Osp.	AN	3	Codice dell'azienda USL o OSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale :v. tab.A	OBB V
4	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice STS 11 . V. tab.A	OBB V
10	Codice contatto	AN	13	Vedi tabella A	OBB V
23	Progressivo prestazione	AN	2	Numero compreso fra 1 e 98 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione. Le righe devono essere ordinate in sequenza nel file da 1 a 98	OBB V
25	Quesito diagnostico del medico prescrittore	AN	5	Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO : ICD IX CM	FAC
30	Codice esenzione	AN	6	Se posizione dell'utente nei confronti del ticket = '02' riportare il codice a tre cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 21/5/2001); oppure il codice a 6 cifre per le patologie rare (DM n. 279 del 18/5/2001) oppure il codice in formato lxx.x della condizione di invalidità.	FAC
36	Codice disciplina unità operativa erogatrice	N	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline della circ. 10/1999 e successive modifiche (disponibile sul sito dell' ASA) <a href="http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/">http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/</a>	OBB V
39	Data prenotazione	AN	8	Formato GGMMAAAA per le modalità di accesso '01', '03', '04', '08'; <i>se non rilevata o non disponibile per tali modalità, riempire con zeri.</i> Facoltativa per le altre modalità	OBB
47	Data erogazione	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione	OBB V
55	Data chiusura	AN	8	Formato GGMMAAAA; solo per il day service ed i cicli	OBB
63	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR. 410/97 e successive modifiche) comprensivo dei punti separatori, ad eccezione dei codici con nota I. (disponibile sul sito dell' ASA <a href="http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/">http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/</a> )	OBB V
70	Quantità	N	2	Numero compreso fra 1 e 99, indica il n° di prestazioni eseguite relative allo stesso codice; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB V
72	Importo totale prestazione: parte intera	N	4	Parte intera dell'importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario, come da nomenclatore tariffario, o importo derivante da eventuali accordi contrattuali. (se applicabile) <i>Nel caso di prestazioni erogate in regime di libera professione o di prestazioni erogate a paganti in proprio riempire con zeri</i>	OBB V
76	Importo totale prestazione: parte decimale	N	2	Parte decimale dall'importo v. sopra.	OBB V
78	Filler	AN	25	Riservato per usi futuri o ritorni informativi	

## ALLEGATO 2 - Tempi e modalità di trasmissione del tracciato record

### 2.1. Debito informativo strutture private accreditate

A partire dall'attività erogata dal 1 gennaio 2002 le **strutture private** accreditate invieranno, in via provvisoria, i dati alla Regione tramite le Aziende sanitarie; pertanto dovranno inviare su supporto magnetico alle Aziende USL di ubicazione territoriale i dati di attività utilizzando il tracciato record dell'ALLEGATO 1 (separato in due file) e rispettando le seguenti scadenze:

10 maggio 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/1-31/3/ 2002
10 agosto 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/4-30/6/ 2002 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
10 novembre 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/7-30/9 /2002 e prestazioni recuperate dai trimestri precedenti
10 febbraio 2003	Prestazioni erogate nel periodo 1/10-31/12/ 2002 e prestazioni recuperate dai trimestri precedenti
10 marzo 2003	prestazioni recuperate dai trimestri precedenti e correzioni su tutti i record già entrati in banca dati per l'anno di riferimento

Ogni invio deve essere accompagnato con un **fax o con e-mail, sia all'Azienda che al Servizio Sistemi informativi del SSR**, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

**Quando sarà attivata la possibilità di trasmissione diretta alla Regione, anche per le strutture private varranno le indicazioni previste al seguente punto 2.2**

### 2.2. Debito informativo Aziende sanitarie

A partire dall'attività erogata dal 1 gennaio 2002 le **Aziende sanitarie** dovranno trasmettere, via FTP sulla rete regionale, alla Regione Emilia-Romagna i due file (1 per ciascuna tabella come da ALLEGATO 1), contenenti tutte le prestazioni erogate direttamente e le prestazioni ricevute dalle strutture private secondo le seguenti scadenze:

31 maggio 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/1-31/3/ 2002
31 agosto 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/4-30/6/ 2002 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
30 novembre 2002	Prestazioni erogate nel periodo 1/7-30/9 /2002 e prestazioni recuperate dai trimestri precedenti
28 febbraio 2003	Prestazioni erogate nel periodo 1/10-31/12 /2002 e prestazioni recuperate dai trimestri precedenti
31 marzo 2003	Prestazioni recuperate dai trimestri precedenti e correzioni su tutti i record già entrati in banca dati per l'anno di riferimento

Ogni invio deve essere accompagnato con **un fax o con e-mail al Servizio Sistemi informativi del SSR**, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

## Referenti regionali

*Monica Merlin*

Tel. 051283143

[Mmerlin@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:Mmerlin@asr.regione.emilia-romagna.it)

*Francesca Francesconi*

Tel. 051283230

[Ffrancesconi@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:Ffrancesconi@asr.regione.emilia-romagna.it)

***Servizio Sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale***

***Assessorato alla Sanità***

***VI. Aldo Moro 30***

***40127 Bologna***

### **2.3 Controlli e segnalazioni errori**

Le indicazioni tecniche relative all'invio dei dati, nomi dei file, controlli ed altri aspetti gestionali della trasmissione, verranno successivamente comunicati dal Servizio Sistemi informativi del SSR.

Al termine di ogni caricamento le Aziende sanitarie pubbliche riceveranno, sempre per via telematica, un ritorno informativo sull'esito del caricamento.

Sarà compito del Sistema informativo inviare alle singole strutture private accreditate, per ogni caricamento, tale ritorno informativo.

### **2.4 Ritorno informativo**

L'architettura della banca dati regionale, le modalità di accesso e le elaborazioni messe a disposizione saranno oggetto di successive definizioni e comunicazioni; si ricorda comunque che una funzione fondamentale dell'istituzione della banca dati regionale è rappresentata dalla ridistribuzione dei casi segnalati secondo la residenza dei soggetti, ai fini del controllo e programmazione dell'attività degli erogatori pubblici e privati e della valutazione della mobilità intraregionale ed interregionale. *Tale elaborazione sarà fornita comunque trimestralmente.*