

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale

Franco Rossi

Protocollo N° ASS/DIR/03/2549
Data 4 luglio 2003

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.

CIRCOLARE N. 13

Ai Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatoriale
Ai Referenti Informativi della
Specialistica Ambulatoriale
Ai responsabili del Sistema
Informativo Aziendale
Ai responsabili del Ced

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

Ai Presidenti delle Associazioni
AIOP e ARIS
ANISAP

Oggetto: Integrazioni alla Circolare Regionale n.3 del 07/02/2002 "Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale".

La rilevazione ASA: sistema informativo corrente utile anche per il monitoraggio degli interventi per migliorare l'appropriatezza

Il miglioramento dell'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale rientra fra gli obiettivi da tempo perseguiti dalla Regione, con specifici provvedimenti che hanno riguardato in particolare le azioni finalizzate ad assicurare l'equità di accesso a questo livello di assistenza ed il governo delle liste di attesa, con interventi orientati da un lato all'offerta di prestazioni e dall'altro all'appropriatezza.

Con la DGR n° 262 del 24/2/2003¹ è stato recentemente aggiornato il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: è stata adeguata la tariffa di alcune prestazioni ed è stata ampliata la gamma di prestazioni rese disponibili in ambito regionale, inserendo nel nomenclatore prestazioni fino ad ora erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero (intervento di cataratta e di tunnel carpale) ed altre nuove prestazioni in ambito diagnostico e terapeutico, il cui inserimento è reso necessario dall'evoluzione tecnologica e scientifica. Per queste nuove prestazioni il Nomenclatore tariffario indica le condizioni cliniche di appropriata erogazione.

Sempre sul versante dell'appropriatezza sono state date indicazioni circa le priorità di accesso alle prestazioni di Densitometria Ossea (circolare n°21 del 31/10/2001²) e di ecocolordoppler (circolare n°16 del 17/02/2002³), e sono stati forniti alle Aziende sanitarie gli strumenti di monitoraggio (schede preindividuate di raccolta dati) per effettuare verifiche semestrali.

In occasione della presentazione delle Linee Guida "Diagnostica per immagini: linee guida per la richiesta"⁴ è stata evidenziata inoltre la necessità di razionalizzare la domanda di esami radiologici..

L'osservazione della frequenza delle prestazioni attraverso il flusso regionale ASA ha consentito di evidenziare i punti funzionali ad ottimizzare la protezione della popolazione dall'impiego di radiazioni ionizzanti e ad avviare il processo di limitazione delle dosi per le prestazioni che costituiscono a livello regionale il 50% dell'intera attività di Diagnostica per immagini con uso di radiazioni.

Il flusso ASA può costituire la base informativa su cui innestare variabili utili a monitorare lo stato di attuazione degli obiettivi regionali e aziendali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Con questa finalità viene introdotta, con decorrenza terzo trimestre 2003, una nuova variabile "Monitoraggio prescrizione" (si veda successivo punto 11).

È in corso di valutazione attraverso specifiche iniziative, condotte dall'Agenzia sanitaria regionale con le Aziende sanitarie, se l'attuale flusso potrà essere integrato con informazioni aggiuntive per la valutazione di appropriatezza clinica.

Alla luce di quanto esposto e da una prima valutazione del livello qualitativo della rilevazione regionale del flusso ASA, relativo ai dati di attività dell'anno 2002, si ritiene opportuno chiarire e integrare le informazioni contenute nella Circolare n.3 del 07/02/2002 e documento tecnico prot. n.21445 del 09/05/2002. Le

¹ "Modifica del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche"

² "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea (D.O.)"

³ "Prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizioni di percorsi con priorità di accesso"

⁴ disponibili nel sito internet: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

precisazioni e i nuovi controlli scartanti di seguito esplicitati saranno validi per tutte le prestazioni erogate dal 1° luglio 2003 se non diversamente specificato.

Si dà atto che per tutto quanto non espressamente previsto nel documento allegato valga quanto definito nella suddetta circolare.

Fiduciosi della collaborazione, si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

Franco Rossi

Allegato

ALLEGATO

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 totalmente o parzialmente. In particolare vengono rilevate le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore Tariffario (di cui al DM del 22/07/1996 del Ministero della Sanità di cui alla Delibera Regionale n. 410 del 25/03/1997 e successive modifiche, ultima D.G.R. n.262/2003).

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

Più in dettaglio oggetto della rilevazione sono:

in ambito ospedaliero:

- a) tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale ad 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:

- a) le prestazioni ambulatoriali legate al ricovero (pre / post ricovero), che vengono considerate a tutti gli effetti ricomprese nella prestazione di ricovero.
- b) le prestazioni ambulatoriali collegate agli interventi chirurgici di cataratta e tunnel carpale quando l'intervento è eseguito come prestazione ambulatoriale (codice 134101 e codice 044301), in quanto le prestazioni pre e post intervento sono ricomprese all'interno della tariffa.
- c) le prestazioni erogate a favore di pazienti in carico (in costanza di ricovero) ad altri presidi, per le quali si dovrà ricorrere a fatturazione diretta.
- d) le prestazioni di PS seguite da ricovero in altro presidio.

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

Sono escluse da questa rilevazione:

- a) attività dei consultori (restante parte)
- b) attività dei SERT
- c) attività dei Servizi di Salute Mentale
- d) attività di neuropsichiatria infantile.

Queste ultime tipologie di attività sono oggetto di specifici flussi informativi.

2.STRUTTURA EROGATRICE

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930: i valori ammessi di tale codifica sono S01 (Attività clinica), S02 (Diagnostica strumentale e per immagini), S03 (Attività di laboratorio) e S04 (Attività di consultorio materno infantile).

Per campioni biologici può accadere che alcuni esami vengano effettuati o letti da una struttura diversa: in questo caso la struttura erogatrice è da considerarsi quella che registra il paziente ed effettua il prelievo.

All'interno della stessa struttura "fisica" possono operare professionisti che organizzativamente dipendono dal dipartimento di cure primarie o dal presidio ospedaliero. Per consentire la separata evidenziazione di quanto prodotto nei due ambiti organizzativi, si inserisce un flag (Campo n. 78 Tabella B) per la puntuale rilevazione dell'attività.

1= prestazione erogata da professionista del dipartimento di cure primarie

2= prestazione erogata da professionista del presidio ospedaliero.

3. LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA E PAGANTI IN PROPRIO

Ai fini della completezza del flusso si precisa che, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, oggetto della rilevazione è anche l'attività resa in regime di libera professione intramoenia e paganti in proprio, codificata secondo il nomenclatore tariffario regionale (D.G.R. n.262/2003).

Relativamente alla libera professione intramoenia (regime di erogazione = 02) la rilevazione comprende anche la fattispecie della cosiddetta intramoenia allargata (regime di erogazione = 04) con prestazioni effettuate presso sedi diverse da quelle aziendali sulla base di quanto previsto dall'art.15–quinquies, comma 10, del D.Lgs 502/92 e successive modifiche. Qualora la struttura ove venga svolta la libera professione intramoenia allargata non risulti codificata nell'anagrafe strutture ASA (elenco disponibile nelle pagine web www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa) per identificare la struttura erogatrice si utilizza il codice della struttura di appartenenza del medico.

4. IDENTIFICATIVO PAZIENTE

L'identificazione del paziente costituisce elemento fondamentale per la ricostruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici, non ultimo per i meccanismi che regolano la compensazione sanitaria. A tal fine verrà

progressivamente abolito l'utilizzo del codice sanitario a favore del codice fiscale per il quale si richiede, già dal 2003, un utilizzo sistematico. A far data dal 1° gennaio 2004 sarà obbligatorio l'utilizzo del C.F. e verrà eliminata la possibilità di inserire in alternativa il codice sanitario.

Per l'anno 2003 e successivi, per garantire il rispetto delle regole relative alla Privacy:

- A) si chiede di non individuare il paziente tramite C.F. o C.S. relativamente alle prestazioni che individuano specificatamente patologie correlate all' HIV (codice prestazione 91.22.2 - 91.22.3 - 91.22.4 - 91.22.5 - 91.23.1 - 91.23.2 - 91.23.3 - 91.23.4 - 91.23.5, 913031).

E diviene obbligatorio inserire:

NOME = ANONIMO COGNOME = ANONIMO

- B) diventa facoltativa la possibilità di individuare il paziente tramite C.F. o C.S. relativamente ai paganti in proprio

Pertanto sarà possibile tralasciare l'identificativo paziente e inserire

NOME = ANONIMO COGNOME = ANONIMO

Resteranno tuttavia obbligatori e scartanti per entrambe le tipologie la data di nascita, il sesso e il comune di residenza.

5. PRESCRIZIONI CON PRESTAZIONI O CICLI EROGATI IN DUE ANNI SUCCESSIVI

Nel caso in cui le date di erogazione delle prestazioni di una medesima prescrizione, esclusi i cicli, cadano in due anni successivi i dati dovranno essere spediti nell'anno di erogazione dell'ultima prestazione (se a cavallo tra il 2003 e il 2004 verranno spediti nel 2004). Sarà consentito l'invio di tali prestazioni solo ed esclusivamente con il 1° invio dell'anno. Per quanto riguarda i cicli si conferma che debbono essere comunque chiusi a fine anno.

6. MODALITÀ DI ACCESSO

Nell'anno 2002 la qualità di tale informazione è stata tale da ritenere opportuno richiamare l'attenzione su una attenta e puntuale rilevazione del dato.

In particolare la valutazione fatta sui dati 2002 mostra per alcune aziende una quasi totale assenza di prestazioni con indicazione della modalità di accesso diversa da "non rilevato". Si ribadisce che il livello di controllo, per questa variabile, è scartante e, a partire dal 3° trimestre 2004, sarà abolito il valore "00= non rilevato".

Nella tabella A del tracciato record (campo 161) MODALITÀ DI ACCESSO viene inserita una nuova modalità di codifica 09 “Accesso diretto”.

Con “Accesso diretto” si intendono quelle prestazioni che originano nel contesto di una visita ambulatoriale o nel caso di accesso alla struttura senza prenotazione. (Esempio: accesso diretto al laboratorio con richiesta del medico prescrittore ma senza prenotazione). L’accesso diretto non va confuso con il “ libero accesso”, previsto solo per alcune prestazioni (e cioè visita ostetrico-ginecologica, esame del visus, visita odontoiatrica, visita psichiatrica, visita pediatrica) per le quali non è necessaria la presentazione del modulo di prescrizione – proposta del medico curante.

Per le prestazioni di radioterapia è stata concordata, nell’ambito di un gruppo di lavoro regionale sul tema, coinvolgendo tutte le strutture regionali, una modalità di classificazione dei livelli di priorità delle prestazioni medesime, con la esclusione delle visite radioterapiche. Tale classificazione, che ha la finalità di permettere un monitoraggio omogeneo e rilevante delle attese, prevede quattro categorie:

Urgenti

Prioritari

Differibili

Programmabili.

La corretta classificazione delle prestazioni è a carico degli operatori dei servizi di radioterapia, relativamente al flusso informativo le categorie suddette dovranno ricadere nelle seguenti modalità di accesso:

CATEGORIA DI PRIORITÀ	MODALITÀ DI ACCESSO
URGENTE	03 URGENTE
PRIORITARIO	04 URGENTE DIFFERIBILE
DIFFERIBILE	01 ORDINARIO
PROGRAMMABILE	02 CONTROLLO/PROGRAMMATO

Questa modalità di classificazione delle prestazioni dovrà avviarsi sperimentalmente a partire dal terzo trimestre 2003 per andare a regime con l’anno 2004.

7. DATA DI PRENOTAZIONE

Data l’importanza che riveste nell’ambito del monitoraggio dei tempi d’attesa effettivi, si chiede di porre particolare attenzione alla compilazione di tale informazione. Si ricorda che le Regioni sono tenute a rilevare in maniera sistematica i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il cui rispetto è monitorato anche ai fini della valutazione dei Livelli essenziali di Assistenza. Il DPCM 16 aprile 2002, infatti, stabilisce che

le "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" rientrano nei LEA.

A partire dal 2004 anche per questa variabile il livello di controllo sarà scartante.

Per la modalità "Accesso diretto" la data di prenotazione non potrà essere diversa dalla data di erogazione.

8.QUANTITÀ

L'informazione riservata al campo quantità (tabella B campo 70) è obbligatoria e scartante. Tale informazione dovrà essere >0.

9. PRONTO SOCCORSO

Le prestazioni richieste (commissionate) da PS, andranno codificate con il codice disciplina dell'unità erogante e modalità d'accesso=06.

Per l'attività di PS, a seguito di quanto indicato dalla D.G. 264 del 24/2/2003, si compila

flag=1 per le prestazioni con codice bianco (Campo n. 79 Tabella B);

flag=2 per le prestazioni con codice diverso dal bianco (Campo n. 79 Tabella B);

10. IMPORTO DELLE PRESTAZIONI

Qualora l'importo totale (Campo n.170 Tabella A) delle prestazioni sia negativo il valore ammesso è 0.

11. MONITORAGGIO DELLA PRESCRIZIONE

A seguito della nota del 6 maggio 2003 prot.18621 sul monitoraggio della dose di radioprotezione nella popolazione che prevede per un set di 7 prestazioni di seguito riportate, il vincolo della presenza del quesito diagnostico nel modulo di prescrizione-richiesta, si inserisce l'obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico (Campo n. 80 Tabella B). Le prestazioni sono:

87.44.1 RX TORACE ROUTINE .NAS

88.23 RX POLSO MANO

88.27 RX FEMORE GINOCCHIO E GAMBE

88.28 RX PIEDE E CAVIGLIA

88.26 RX PELVI E ANCA

87.24 RX COLONNA LOMBOSACRALE

88.38.1 TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE

Il vincolo della presenza del quesito diagnostico nel modulo di prescrizione-richiesta, con obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico (Campo n. 81 Tabella B), si applica anche per la richiesta di prestazioni che il nomenclatore tariffario regionale indica come erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, identificate dai seguenti codici:

142901 RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE)
441401 BIOPSIA (ECOENDOSCOPICA) ESOFAGOGASTRODUODENALE
441931 ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE
452951 ECOENDOSCOPIA DEL COLON
452601 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON
482401 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA
482921 ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA
521901 ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA
521401 BIOPSIA [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA
851101 BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECO-GUIDATA
851102 BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI
887711 SPETTROSCOPIA DI RISONANZA MAGNETICA DEL PROTONE (1H-MRS)
887712 SPETTROSCOPIA DI RISONANZA MAGNETICA DEL FOSFORO (31 P-MRS)
930101 VALUTAZIONE FUNZIONALE COMPLESSA DELLE DISABILITÀ NEUROMOTORIE INFANTILI
930102 VALUTAZIONE FUNZIONALE SUCCESSIVA DELLE DISABILITÀ NEUROMOTORIE INFANTILI

La compilazione obbligatoria del flag=1 presenza del quesito diagnostico (Campo n. 81 Tabella B) dovrà avviarsi sperimentalmente a partire dal terzo trimestre 2003 per andare a regime con l'anno 2004.

12. POSIZIONE CONTABILE

Posizione contabile 1: viene utilizzata per quei record il cui trimestre di erogazione è attinente all'invio.

(esempio: 1° trimestre di erogazione = 1° invio

2° trimestre di erogazione = 2° invio

3° trimestre di erogazione = 3° invio

4° trimestre di erogazione = 4° invio)

Posizione contabile 2 (integrazione): viene utilizzata per quei record il cui trimestre di erogazione è antecedente all'invio.

Si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello

Posizione contabile 3 (correzione): viene utilizzata per quei record, già presenti nell'archivio regionale, ai quali si ritiene di apportare delle modifiche. Ogni volta che la struttura ritiene di modificare qualche

informazione del tracciato, dovrà necessariamente rispettare la tabella A e tutte le relative tabelle B. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

Posizione contabile 4 (eliminazione): viene utilizzata esclusivamente per quei record già presenti nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare.

13. DEBITO INFORMATIVO STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Le strutture private accreditate dovranno inviare su supporto magnetico alle Aziende USL di ubicazione territoriale i dati di attività secondo le seguenti scadenze.

1° invio 15 maggio	Prestazioni erogate nel periodo 1/1-31/3 dell'anno in corso
2° invio 20 agosto	Prestazioni erogate nel periodo 1/4-30/6 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
3° invio 15 novembre	Prestazioni erogate nel periodo 1/7-30/9 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
4° invio 15 febbraio	Prestazioni erogate nel periodo 1/10-31/12 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
5° invio 15 marzo	prestazioni recuperate dal trimestre precedente e correzioni su tutti i record già entrati in banca dati per l'anno di riferimento

Ogni invio deve essere accompagnato da una e-mail anche alla Regione, 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.

14. TRASMISSIONI DEI FILE DALLE AZIENDE USL/OSP

Le Aziende Sanitarie dovranno trasmettere i file via FTP sulla rete regionale e ogni Azienda USL dovrà 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. I dati delle strutture private dovranno essere accodati, senza apportarvi alcuna modifica, al file dell'Azienda inviante in modo tale che il file risulti essere unico.

◆ **La modalità di accesso per l'invio dei dati avverrà su rete regionale intranet via FTP.**

◆ **Nome dei file:**

GSANITA.ASG.FROA.Uxxx000.Ayyyy.I0z (file relativo tabella A)

GSANITA.ASG.FROB.Uxxx000.Ayyyy.I0z (file relativo tabella B)

(Con xxx = codice Azienda, yyyy= anno di erogazione, z = numero di invio 1-5)

◆ **Calendario degli invii al ced regionale:**

(orario dalle ore 17.30 alle ore 08.00)

1° invio:	26 maggio 2003	Aziende 101,102,103
	27 maggio 2003	Aziende 104,105,106
	28 maggio 2003	Aziende 107,108,109
	29 maggio 2003	Aziende 110,111,112
	30 maggio 2003	Aziende 113,902,903
	31 maggio 2003	Aziende 904,908,909,960
2° invio:	25 agosto 2003	Aziende 904,908,909,960
	26 agosto 2003	Aziende 113,902,903
	27 agosto 2003	Aziende 110,111,112
	28 agosto 2003	Aziende 107,108,109
	29 agosto 2003	Aziende 104,105,106
	30 agosto 2003	Aziende 101,102,103
3° invio:	24 novembre 2003	Aziende 110,111,112
	25 novembre 2003	Aziende 113,902,903
	26 novembre 2003	Aziende 904,908,909,960
	27 novembre 2003	Aziende 101,102,103
	28 novembre 2003	Aziende 104,105,106
	29 novembre 2003	Aziende 107,108,109
4° invio:	23 febbraio 2004	Aziende 107,108,109
	24 febbraio 2004	Aziende 104,105,106
	25 febbraio 2004	Aziende 101,102,103
	26 febbraio 2004	Aziende 904,908,909,960
	27 febbraio 2004	Aziende 113,902,903
	28 febbraio 2004	Aziende 110,111,112
5° invio:	25 marzo 2004	Aziende 101,102,103
	26 marzo 2004	Aziende 104,105,106
	27 marzo 2004	Aziende 107,108,109
	29 marzo 2004	Aziende 110,111,112
	30 marzo 2004	Aziende 113,902,903
	31 marzo 2004	Aziende 904,908,909,960

15. COMUNICAZIONE INVIO AVVENUTO

Aziende pubbliche

Ogni invio dovrà essere accompagnato da una e-mail all'indirizzo regionale ffrancesconi@asr.regione.emilia-romagna.it che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singolo file ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

Strutture private

Le strutture private, effettuato l'invio dei dati tramite supporto magnetico all'Azienda USL di ubicazione, dovranno accompagnare ogni invio con una e-mail sia all'Azienda d'ubicazione e all'indirizzo regionale di posta elettronica ffrancesconi@asr.regione.emilia-romagna.it che ne attesti l'effettuazione, segnalando il nome e il codice della struttura, il numero di record e l'indirizzo numero telefonico.

16. CONTROLLI DI 1° LIVELLO (Scartanti)

Il verificarsi di una mancata o errata informazione della tabella A o della tabella B genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quella prescrizione il quale verrà restituito alla struttura di competenza (struttura erogatrice) che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio. I controlli logico-formali vengono esplicitati nel tracciato di seguito allegato e parte integrante del presente documento.

Si è ritenuto necessario introdurre nuovi controlli scartanti al fine di garantire anche una corretta gestione centrale delle prestazioni oggetto di mobilità extraregionale riguardanti il TIPOLOGIA MEDICO PRESCRITTORE, REGIME DI EROGAZIONE, MODALITÀ DI ACCESSO, POSIZIONE UTENTE NEI CONFRONTI DEL TICKET, QUANTITÀ, IMPORTO TICKET.

17. RITORNO INFORMATIVO

Una volta effettuata la fase di controllo e di validazione dei dati, il Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali dell' Assessorato restituirà due tipologie di file:

A) FILE SCARTI

Il file contenente i record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello, sarà fornito trimestralmente alle singole strutture erogatrici (pubbliche e private) che provvederanno alla correzione e all'invio con i trimestri successivi secondo quanto previsto dalla Circolare Regionale.

◆ **La modalità di accesso per il recupero di tali record avverrà su Internet all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/> alla voce (ritorno informativo)**

Per la decompressione dei files sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 7.0).

I files da scaricare hanno la seguente denominazione:

Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.ERR.tar.z
Dove per
Axxxx si intende l'anno di erogazione (es. A2003)
lxx il numero di invio (es. I01 per il primo invio)
Axxx l'azienda erogante/di ubicazione territoriale (es. A101)
Sxxxxxx il codice della struttura erogatrice

Nel caso in cui il campo "Struttura erogatrice" non sia stato compilato dalle strutture invianti, il file contenente i record oggetto di scarto verrà nominato: Sunkunk.

◆ **Tracciato file scarti**

Posizione	Campo	Tipo	Lunghezza
1	Tipo file (A/B)	AN	1
2	Azienda Sanitaria	AN	3
5	Codice struttura erogante	AN	6
11	Codice contatto	AN	13
24	Progressivo prestazione (solo se File B)	AN	2
26	Codice errore	AN	4
30	Descrizione errore	AN	60
90	Posizione del campo che presenta l'errore	N	3

B) FILE MOBILITÀ EXTRAREGIONALE

La Regione intende a partire dal 2003 estrarre le prestazioni, oggetto di compensazione extraregionale, da addebitare alle altre regioni direttamente dalla banca dati ASA. A tal fine, solo quanto accettato in banca dati, verrà addebitato. Successivamente alla fase di validazione dei dati, gli importi da addebitare verranno ricalcolati centralmente.

Per consentire un monitoraggio puntuale del fenomeno, tale ritorno informativo sarà reso disponibile trimestralmente a tutte le strutture (pubbliche e private).

◆ **La modalità di accesso per il recupero di tali record avverrà su Internet all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/> alla voce (ritorno informativo)**

◆ **Tracciato file mobilità extraregionale**

Posizione	Campo	Tipo	Lunghezza
1	Azienda Sanitaria	AN	3
4	Codice struttura erogante	AN	6
10	Codice contatto	AN	13
23	Importo regionale da compensare (al netto dell'eventuale ticket) tabella A (parte intera)	N	4
27	(parte decimale) tabella A	N	2

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni prescrizione/contatto)

Posiz.	CAMPO	NOTE	TIPO E LUNGHEZZA	CONTROLLO LOGICO FORMALE	LIVELLO DI CONTROLLO	VINCOLO
1	Azienda.	Codice dell'azienda USL o OSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale	AN 3	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
4	Struttura erogatrice	Codice STS 11 (sarà disponibile nel sito internet dell'ASA http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/).	AN 6	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
10	Codice contatto	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.	AN 13	VALORIZZATO, >0, CONTENENTE NEI PRIMI 4 CARATTERI L'ANNO DI RIFERIMENTO, UNIVOCO ALL'INTERNO DELL'ANNO	SCARTANTE	OBBV
23	Codice prescrizione	Lettura del codice a barre della ricetta (per le prescrizioni su ricettario verde)	AN 16	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBB
39	Tipologia Medico prescrittore	<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)	AN 2	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
41	Identificativo Medico prescrittore	Se tipologia prescrittore = 01, 02, riportare il Codice Regionale a 5 cifre; <i>comunque sempre preferibile Codice Fiscale (v. campo successivo)</i>	N 5	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBB
46	Identificativo Medico prescrittore	Se tipologia medico 03-06, riportare il Codice Fiscale; se tipologia =00, 07, 99, non compilare Se 08, compilare se disponibile	AN 16	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBB
62	Regime di erogazione	<i>Valori ammessi</i> 01 = SSN 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche) 03 = Pagante in proprio 04= Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche) 99 = Altro	AN 2	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
64	Cognome dell'utente	Per gli utenti residenti fuori regione se non disponibile il Codice Fiscale. Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	AN 30	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBB
94	Nome dell'utente	Vedi Cognome dell'utente	AN 20	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBB
114	Codice sanitario individuale	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>	AN 7	IMPOSTATO	SEGNALAZIONE	OBB
121	Codice fiscale dell'utente	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	AN 16	FORMALMENTE CORRETTO	SCARTANTE	OBB
137	Sesso dell'utente	1=Maschio, 2=Femmina	AN 1	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
138	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	AN 8	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV

POSIZ.	CAMPO	NOTE	TIPO E LUNGHEZZA	CONTROLLO LOGICO FORMALE	LIVELLO DI CONTROLLO	VINCOLO
146	Comune di nascita dell'utente	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 http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/). 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	AN 6	VALORIZZATO E VALIDO	SEGNALAZIONE	FAC
152	Comune di residenza	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	AN 6	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
158	Cittadinanza	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	AN 3	VALORIZZATO E VALIDO	SEGNALAZIONE	FAC
161	Modalità di accesso	Valori ammessi: 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 09 = Accesso diretto 99 = Altro	AN 2	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
163	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	Valori ammessi: 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...)	AN 2	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
165	Importo ticket: parte intera	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; importo intero. Valorizzare se posizione ticket=04	N 3	VALORIZZATO	SCARTANTE	OBB
168	Importo ticket: parte decimale	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; centesimi. Valorizzare se campo precedente diverso da 0.	N 2	VALORIZZATO	SCARTANTE	OBB
170	Importo totale: parte intera	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. Se l'importo risultasse negativo valorizzare a zero.	N 4	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBBV
174	Importo totale: decimale	Centesimi relativi all'importo totale precedente	N 2	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBBV
176	Posizione contabile	Valori ammessi: 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	AN 1	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
177	Filler	Riservato per usi futuri o ritorni informativi	AN 25			

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni prestazione)

Posiz.	CAMPO	NOTE	TIPO E LUNGHEZZA	CONTROLLO LOGICO FORMALE	LIVELLO DI CONTROLLO	VINCOLO
1	Azienda	Codice dell'azienda USL o OSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale: v. tab.A	AN 3	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
4	Codice struttura erogatrice	Codice STS 11 . V. tab.A	AN 6	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
10	Codice contatto	Vedi tabella A	AN 13	VALORIZZATO, >0, CONTENENTE NEI PRIMI 4 CARATTERI L'ANNO DI RIFERIMENTO, UNIVOCO ALL'INTERNO DELL'ANNO (SCARTANTE)	SCARTANTE	OBBV
23	Progressivo prestazione	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	AN 2	VALORIZZATO E VALIDO	SEGNALAZIONE	OBBV
25	Quesito diagnostico del medico prescrittore	Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM	AN 5			FAC
30	Codice esenzione	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.	AN 6			FAC
36	Codice disciplina unità operativa erogatrice	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline della circ. 10/1999 e successive modifiche (disponibile sul sito dell' ASA) http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/	N 3	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
39	Data prenotazione	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	AN 8	VALORIZZATO <= DATA EROGAZIONE	SEGNALAZIONE SCARTANTE DAL 2004	OBB
47	Data erogazione	Formato GGMMAAAA. Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione	AN 8	VALORIZZATO E VALIDO	SCARTANTE	OBBV
55	Data chiusura	Formato GGMMAAAA: solo per il day service ed i cicli	AN 8	VALORIZZATO E VALIDO	SEGNALAZIONE	OBB
63	Codice prestazione	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) http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/	AN 7	VALORIZZATO E VALIDO E CONGRUENTE CON SESSO	SCARTANTE	OBBV
70	Quantità	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	N 2	VALORIZZATO >0	SCARTANTE	OBBV

72	Importo totale prestazione: parte intera	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>	N 4	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBBV
76	Importo totale prestazione: parte decimale	Parte decimale dall'importo v. sopra.	N 2	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	OBBV
78	Appartenenza organizzativa del professionista	1= prestazione erogata da professionista del dipartimento di cure primarie 2= prestazione erogata da professionista del presidio ospedaliero.	AN1	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE	FAC
79	Codice di Pronto Soccorso	1= per le prestazioni con codice bianco 2= per le prestazioni con codice diverso dal bianco Non impostare negli altri casi	AN 1	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE SCARTANTE DAL 2004	OBB
80	Monitoraggio Prescrizione	Per i codici di prestazione indicati: 1= presenza quesito diagnostico 2= assenza quesito diagnostico Non impostare negli altri casi	AN 1	VALORIZZATO	SEGNALAZIONE SCARTANTE DAL 2004	OBB
81	Filler	Riservato per usi futuri o ritorni informativi	AN 21			