

**Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari**
Il Dirigente Responsabile del Servizio
Augusto Zappi

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Il Dirigente Responsabile del Servizio
Eleonora Verdini

Allegato tecnico

FLUSSO INFORMATIVO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Le presenti modifiche tecniche apportate al flusso informativo per l'assistenza specialistica ambulatoriale, già normato con Circolare Regionale n.6 del 4 marzo 2005 prot.ASS/DIR 9446, vengono introdotte in ottemperanza all'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie).

L'adeguamento, in conformità al suddetto articolo, che l'amministrazione regionale intende effettuare, riguarda essenzialmente la **periodicità nell'invio dei dati a livello regionale e l'obbligatorietà della rilevazione del codice della ricetta**.

La trasmissione dei dati a partire dal 2007, che dovrà avvenire entro il giorno 5 del mese successivo a quello di erogazione, consentirà al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali una volta applicati gli opportuni controlli di qualità e completezza, di inviare il giorno 10 del mese stesso il flusso agli organi centrali.

L'onerosità dell'impegno a cui le Aziende sono chiamate a rispondere, sarà facilitato dall'utilizzo del nuovo portale web che la Regione ha messo a disposizione e che consente di simulare un set di controlli qualitativi preventivamente all'invio del dato con il definitivo consolidamento del file.

Inoltre, il piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa D.G.R. n 1532 del 6-11-2006, prevede l'utilizzo del flusso ASA per il monitoraggio specifico dell'attuazione del Piano in quanto tale rilevazione fornisce informazioni certe sulle prestazioni effettivamente erogate.

In particolare, è opportuno porre la massima attenzione e precisione nella registrazione della data di prenotazione e di erogazione.

In relazione al monitoraggio di tempi d'attesa, per l'anno 2007 si introduce un nuovo campo "**Appartenenza al bacino di riferimento**" che consentirà di calcolare la performance effettuata escludendo coloro che hanno preferito rinunciare al TMA garantito per ricevere la prestazione in una struttura specifica non rientrante in quelle previste per quella prestazione per quell'utente, in quanto afferente al bacino di erogazione delineato sulla base della programmazione aziendale.

In attesa di sviluppare un flusso informativo specifico per l'attività di Pronto Soccorso / emergenza e in base alle eventuali modifiche che introdurrà la DDL Finanziaria 2007, si sono ampliati i valori relativi al campo **"CODICE DI PRONTO SOCCORSO"** sul quale si dovrà esplicitare il colore di codice in uscita.

Infine, per garantire il rispetto del debito informativo verso il Ministero dell'economia e delle finanze per gli standard definiti che comprendono l'obbligatorietà della rilevazione del codice della ricetta, occorre introdurre una codifica specifica che permetta di individuare la modulistica prevista ai sensi della DGR n. 2142/2000 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", formalizzandone anche ai fini della rilevazione ASA le caratteristiche in maniera tale da garantire che nella modulistica "Day Service Ambulatoriale" (DSA) le informazioni obbligatorie per la ricetta siano presenti e registrate.

Va evidenziato che gli impegni assunti con il Ministero per il rispetto degli adempimenti di cui all'art. 50, comma 11, del DL 269/2003, convertito dalla Legge n. 326/2003, prevede il graduale superamento della modulistica della semplificazione dell'accesso non attribuibile a DSA.

Inoltre, al fine di poter disporre degli indicatori individuati per valutare i percorsi di semplificazione, riportati al punto A (paragrafi b,c) dell'Allegato 1 della già citata DGR n. 1532/2006, è necessario prevedere l'inserimento del **"codice episodio di cura"** come rappresentativo dello specifico episodio. Tale campo è inserito nel tracciato (parte B) con la finalità sopra indicata, lasciando alle Aziende sanitarie la decisione sulla gradualità di implementazione, anche alla luce del lavoro del gruppo regionale per il monitoraggio del DSA.

Le modifiche introdotte rispetto alla circolare regionale precedente (n.6 del 4 marzo 2005 prot.ASS/DIR 9446) sono state evidenziate in grigio.

INTRODUZIONE

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende Sanitarie al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità di seguito descritte.

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo e validazione delle informazioni

Le informazioni contenute nella scheda ambulatoriale riguardano essenzialmente:

- **l'anagrafica della Struttura** erogante le prestazioni in regime ambulatoriale per esterni – Tabella A
- **le caratteristiche dell'assistito** (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- **le informazioni relative alla prescrizione e al medico prescrittore** – Tabella A
- **le informazioni sulla prestazione** – Tabella B

La rilevazione, a differenza degli anni precedenti, è caratterizzata dalla **periodicità mensile** ed è sempre costituita da 2 tabelle per motivi di riservatezza legati alla legge n.196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

Dati della ricetta (Tabella A)

Dati riguardanti il dettaglio della prestazione ambulatoriale (Tabella B)

Si ricorda che i dati, prima di essere trasmessi alla Regione, dovranno essere sottoposti a tutti i controlli previsti ed eventualmente corretti al fine di garantire anche l'uniformità tra l'archivio regionale e tutti gli archivi aziendali. Soltanto le prestazioni accettate nella banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione) e il tracciato record in allegato costituisce l'unico modello di rilevazione valido, come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse. La regolamentazione specifica per la mobilità verrà precisata in apposita circolare.

Si evidenzia che il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali mensilmente validerà esclusivamente le informazioni **anagrafiche e sanitarie** contenute nel tracciato record dichiarate dalle strutture erogatrici e comunicherà alle strutture le schede ambulatoriali non entrate nell'archivio regionale.

Il ritorno informativo messo a disposizione per le strutture, conterrà i seguenti file:

- Prestazioni scartate
- Statistiche sugli scarti
- Mobilità attiva interregionale
- Mobilità attiva infraregionale
- Mobilità passiva infraregionale (accesso riservato tramite password alle sole Ausl)

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)**.

Si ribadisce che deve essere inviata anche l'attività consultoriale effettuata nelle strutture codificate con **S04 (Attività di consultorio materno infantile)** prevista dalla circolare (l'attività specialistica di ostetricia - ginecologia erogata nei consultori familiari).

Per i **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.

Esempio:

Struttura X che effettua un prelievo di sangue al paziente yyy, invia provetta per esame al Laboratorio della struttura Z.

In questo caso la struttura erogatrice la prestazione è **la struttura X**

DISCIPLINA EROGANTE

Si precisa che per gli ambulatori ospedalieri la disciplina erogante è identificata dalla tipologia di attività che l'ambulatorio eroga anche quando non corrisponde al reparto/servizio di appartenenza del medico che effettua la prestazione.

Esempio: la visita effettuata nell'ambulatorio di cardiologia si connota come tale (008) indipendentemente dal fatto che venga erogata da un medico appartenente all'unità operativa di cardiologia o altro reparto

Esempio: la visita ginecologica + ecografia effettuate nell'ambulatorio di ginecologia, consultoriale o ospedaliero, si connotano all'interno della disciplina di ostetricia - ginecologia (037)

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

L'**Osservazione Breve Intensiva** è identificata dal codice prestazione 89.09-Osservazione Breve Intensiva, la cui tariffa onnicomprensiva delle prestazioni effettuate pre-OBI e durante l'OBI stesso è pari a Euro 220.

Al fine di monitorare l'attività di Osservazione Breve Intensiva, introdotta con D.G.R. n. 24 del 17-01-2005, si danno indicazioni relativamente alle modalità di codifica per la gestione del flusso ASA: Dovrà essere compilato il campo "modalità d'accesso" valorizzandolo con 10= Osservazione breve intensiva".

Al fine di avere il quadro esaustivo delle prestazioni erogate in pre-OBI e durante l'OBI, nella compilazione delle tabelle B relative alle singole prestazioni, si dovrà inserire in una tabella B il nuovo codice di prestazione (89.09) e la relativa tariffa; ed una tabella B per ogni prestazione erogata, con importo valorizzato uguale a 0. Si ricorda che l'importo Ticket deve essere valorizzato sempre a 0.

Ai fini di permettere una valutazione completa delle attività si ritiene, per questa casistica, di riportare, obbligatoriamente, la diagnosi utilizzando il campo "Quesito diagnostico del medico prescrittore" secondo il sistema di classificazione ICD 9 CM-2002. La diagnosi da riportare è quella determinata al termine dell'episodio di OBI. Tale campo va compilato per la sola tabella B contenente il nuovo codice di prestazione che identifica l'OBI.

MODALITA' DI ACCESSO PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE IN PS, OBI, DAY SERVICE

Si ricorda che, al fine di permettere una corretta analisi della attività, tutte le prestazioni effettuate durante episodi di PS, OBI, DAY SERVICE comprese le prestazioni radiologiche, di laboratorio ecc. devono essere attribuite alla corretta modalità d'accesso (ovvero PS, OBI, DAY SERVICE).

LIBERO ACCESSO

Il "libero accesso", come da normativa nazionale, è previsto solo per alcune prestazioni: 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.

CODICE EPISODIO DI CURA

Identificativo univoco per Azienda che permette di raggruppare le prescrizioni e le relative prestazioni corrispondenti ad un unico episodio di DSA. Non necessariamente quindi un codice episodio di cura deve corrispondere ad un unico codice a barre della ricetta.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione del flusso è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai **pazienti esterni** previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale in vigore erogate ai cittadini, italiani e non, dagli ambulatoriali specialistici ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati, qualsiasi sia il regime di erogazione.

La rilevazione comprende anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito dei programmi regionali di **screening** e quelle effettuate in **libera professione**.

La rilevazione non considera le prestazioni ambulatoriali erogate durante gli episodi di ricovero, in quanto tali attività fanno riferimento al livello di assistenza ospedaliera.

Sono ovviamente escluse tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in un contesto diverso dalla consulenza o dalla presa in carico del paziente ambulatoriale (es. le prestazioni rese su richiesta del datore di lavoro per i propri dipendenti o dal medico competente per gli accertamenti di medicina del lavoro).

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 (**incluso OBI**), 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.
- le prestazioni ambulatoriali rese a pazienti interni (in degenza)
- 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.
- 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.
- le prestazioni di PS seguite da ricovero nella stessa o in altra struttura della regione.
- le prestazioni di OBI (osservazione breve intensiva) seguite da ricovero nella stessa o in altra struttura della regione.

IN AMBITO TERRITORIALE:

- a) tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori e poliambulatori, inclusa l'attività erogata nei consultori familiari limitatamente alle prestazioni specialistiche di ostetricia - ginecologia

Sono escluse da questa rilevazione:

- attività dei consultori (restante parte)
- attività dei SERT
- attività dei Servizi di Salute Mentale
- attività di neuropsichiatria infantile

Queste ultime tipologie di attività sono oggetto di specifici flussi informativi e non rientrano nel livello assistenziale specialistica ambulatoriale.

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

1. DATI della RICETTA

CODICE AZIENDA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice dell'azienda USL o OSPEDALIERA erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale

CODICE STRUTTURA EROGATRICE *(livello di controllo SCARTANTE)*

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota regionale del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930

(i codici STS 11 sono disponibili , per i soli operatori muniti di password, sul sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>)

CODICE CONTATTO *(livello di controllo SCARTANTE)*

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.

CODICE a BARRE della RICETTA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=1 (ricetta SSN)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo)

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=2 (non prevista: libero accesso, screening, carta libera, ps)

Non deve essere valorizzato.

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=3 (day service)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Azienda (numerico di 3)

Carattere identificativo (D)

Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva ed univoca all'interno dell'anno e dell'azienda)

Per la tipologia della modulistica prescrittiva=4 (percorso semplice)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Azienda (numerico di 3)

Carattere identificativo (P)

Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva ed univoca all'interno dell'anno e dell'azienda)

CODICE EPISODIO DI CURA *(livello di controllo SEGNALAZIONE dal 1/07/2006)*

Identificativo univoco per Azienda che permette di raggruppare le prescrizioni e le relative prestazioni corrispondenti ad un unico episodio di DSA. Non necessariamente quindi un codice episodio di cura deve corrispondere ad un unico codice a barre della ricetta

DATA DI PRESCRIZIONE *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA

TIPOLOGIA MEDICO PRESCRITTORE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Si sottolinea l'importanza di codificare tale informazione

Valori ammessi:

- 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)

CODICE FISCALE MEDICO PRESCRITTORE *(livello di controllo SCARTANTE dal 1/7/2007)*

Se tipologia modulistica prescrittiva = 3,4 e se tipologia medico prescrittore = 03, 04 controllo sempre scartante.

Se tipologia prescrittore = 07,99, non compilare

Negli altri casi è sempre preferibile compilarlo.

TIPOLOGIA DELLA MODULISTICA PRESCRITTIVA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Indica la tipologia della modulistica prescrittiva.

Valori ammessi:

- 1 = ricetta SSN
- 2 = non prevista (libero accesso, screening, carta libera, PS senza ricetta)
- 3 = modulistica DAY SERVICE
- 4 = percorso semplice

TIPO RICETTA *(livello di controllo SCARTANTE)*

ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP)

UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee

EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee

NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee

NX = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee

In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi).

REGIME DI EROGAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi

- 01 = SSN
- 02 = Libera professione intramoenia (solo aziende pubbliche)
- 03 = Pagante in proprio
- 04 = Libera professione intramoenia allargata (solo aziende pubbliche)
- 99 = Altro

MODALITA' DI ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE)

Viene abolita la modalità 8 "libera professione"

Valori ammessi:

- 01 = Ordinario (Programmabile)
- 02 = Controllo/programmato
- 03 = Urgente (24 h)
- 04 = Urgente differibile (7 giorni)
- 05 = Day service ambulatoriale (DSA)
- 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero
- 07 = Screening (programma aziendale/regionale)
- 09 = Accesso diretto
- 10= Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- 99 = Altro

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.

IMPORTO TICKET (livello di controllo SCARTANTE)

Importo ticket pagato relativo alla ricetta.

IMPORTO TOTALE (livello di controllo SCARTANTE)

Importo ottenuto dalla somma dell'importo totale delle prestazioni meno l'importo del ticket. Per totale si intende il totale per ricetta. L'importo totale può risultare inferiore alla somma delle tariffe delle prestazioni erogate nel caso di prestazioni scontate e/o "a pacchetto". Se l'importo risultasse negativo valorizzare a zero.

POSIZIONE CONTABILE (livello di controllo SCARTANTE)

Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record

Posizione contabile 1:

viene utilizzata per quei record il cui mese di erogazione è attinente all'invio.

- (esempio: 1° mese di erogazione = 1° invio
- 2° mese di erogazione = 2° invio
- 3° mese di erogazione = 3° invio)

Posizione contabile 2 (integrazione):

viene utilizzata per quei record il cui mese 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 rispedire 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.

Segue:

Tabella A

2. DATI DELL'ASSISTITO

CODICE FISCALE ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani e viene eliminata la possibilità di inserire in alternativa il codice sanitario.

Per i cittadini temporaneamente presenti: nel campo deve essere indicato il **codice STP**, in sostituzione del codice fiscale.

Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo non deve essere compilato.

Per garantire il rispetto delle regole relative alla Privacy, si chiede di non individuare il paziente tramite C.F. relativamente alle seguenti prestazioni:

- 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) .

Per le prestazioni erogate ai "paganti in proprio" (regime di erogazione=03) il codice fiscale non è obbligatorio

Per tali situazioni di anonimato diventa obbligatorio inserire nei campi riservati al cognome e nome rispettivamente la dicitura "ANONIMO" e resteranno tuttavia obbligatori e scartanti la data di nascita, il sesso e il comune di residenza.

COGNOME E NOME ASSISTITO *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Devono essere indicati il cognome e nome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO in entrambi i campi

SESSO DELL'ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

DATA DI NASCITA DELL'ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Formato GGMMAAAA

COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

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

COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Vedi comune di nascita

Per i senza fissa dimora codificare: 999999

CITTADINANZA DELL'ASSISTITO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Si utilizzerà il codice a 3 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

Per i cittadini Italiani si codificherà con 100, mentre per gli apolidi con 999.

Segue:

Tabella A

2. DATI DELL'ASSISTITO

POSIZIONE DELL'ASSISTITO NEI CONFRONTI DEL TICKET *(livello di controllo SCARTANTE)*

- 11=Esente totale per età e reddito
- 12=Esente per reddito
- 21=Esente per patologia cronica
- 22=Esente per malattie rare
- 23=Esente per invalidità totale > 2/3
- 24=Esente per invalidità parziale < 2/3
- 31=Esente per gravidanza
- 32=Esente per screening
- 33=Esente per diagnosi precoce tumore
- 34=Esente per donazione
- 35=Esente in quanto soggetti a rischio di infezione HIV
- 36=Esente per prevenzione
- 37=Esente in quanto detenuti/internati
- 38=Esente per idoneità
- 04=Non esente
- 05=Non esente, ticket riscosso da altri
- 10=Non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)

CODICE O DENOMINAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, EE, NE, NX .
Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

STATO ESTERO

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE.
Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE.
Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA

Da impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE.
Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel retro della ricetta.

Tabella B

DATI della PRESTAZIONE

CODICE AZIENDA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice dell'azienda USL o OSPEDALIERA erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale

CODICE STRUTTURA EROGATRICE *(livello di controllo SCARTANTE)*

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996), come indicato nella nota regionale del 4/12/2001 Prot. ASS/DIR 52930

(i codici STS 11 sono disponibili , per i soli operatori muniti di password, sul sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

CODICE CONTATTO *(livello di controllo SCARTANTE)*

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.

PROGRESSIVO PRESTAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Numero compreso fra 1 e 98 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione.

QUESITO DIAGNOSTICO DEL MEDICO PRESCRITTORE (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM 2002

CODICE ESENZIONE *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 21 riportare il codice a tre cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 21/5/2001)

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 22 riportare il codice a 6 cifre per le malattie rare (DM n. 279 del 18/5/2001)

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 23,24 riportare il codice in formato lxx.x della condizione di invalidità.

Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 31 inserire da M01 a M41 gravidanza ordinaria composto da M + nn (settimana di gravidanza)

oppure M99 gravidanza ordinaria ove il MMG non è in grado di identificare la settimana di gestazione

oppure M50 per le gravidanze considerate a rischio.

DISCIPLINA EROGATRICE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA

all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 106, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. La modalità di accesso per tutte le prestazioni di PS dovrà essere valorizzata '06'

DATA DI PRENOTAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

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.

Per le modalità di accesso (01,03,04, 09) tale informazione è obbligatoria e la sua omissione determinerà lo scarto del record.

Per la modalità "09=Accesso diretto" la data di prenotazione dovrà coincidere con la data di erogazione.

Per le modalità di accesso 05 e 02 il livello di controllo è SEGNALAZIONE

DATA DI EROGAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione

DATA DI CHIUSURA *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Solo per il day service ed i cicli, pertanto deve essere compilata solo nel record corrispondente alla prestazione conclusiva.

PRESTAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

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.

QUANTITA' EROGATE *(livello di controllo SCARTANTE)*

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

IMPORTO TOTALE PRESTAZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per la tariffa unitaria della prestazione come da nomenclatore tariffario, o importo derivante da eventuali accordi contrattuali.

APPARTENENZA AL BACINO DI RIFERIMENTO *(livello di controllo SCARTANTE DAL 1/7/2007)*

Campo obbligatorio per le prestazioni presenti nella DGR 1532/06 (Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa)

0 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di utenza;

1= l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza.

2 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza. ma non è fra quelle che garantiscono i TMA

CODICE DI PRONTO SOCCORSO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Per codice di pronto soccorso si intende il codice assegnato dal medico in uscita dopo la visita e che identifica la gravità dell'episodio.

Episodi di pronto soccorso non seguiti da ricovero

1= per le prestazioni con codice bianco

2= per le prestazioni con codice verde

3= per le prestazioni con codice giallo

4= per le prestazioni con codice rosso

MONITORAGGIO PRESCRIZIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Per i codici di prestazione di seguito indicati:

1= presenza quesito diagnostico

2= assenza quesito diagnostico

Non impostare negli altri casi

A seguito della nota regionale del 6 maggio 2003 prot.18621 sul monitoraggio della dose di radioesposizione nella popolazione che prevede per un set di 7 prestazioni di seguito riportate, il vincolo della presenza del quesito diagnostico nel modulo di prescrizione-riciesta, si inserisce l'obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico. 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-riciesta, con obbligatorietà della compilazione del flag =1 presenza del quesito diagnostico, 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
- 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

TRACCIATO RECORD

Le informazioni contenute nella scheda ambulatoriale riguardano essenzialmente:

- l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime ambulatoriale – Tabella A
- le caratteristiche dell'assistito (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- le informazioni relative alla prescrizione e al medico prescrittore – Tabella A
- le informazioni sulla prestazione – Tabella B

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Formato

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; 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"; le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Grado di obbligatorietà (Vincolo)

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBBV : Campo obbligatorio e vincolante

OBB : Campo obbligatorio in determinate circostanze

FAC : Campo facoltativo

Controlli logico formali

Controlli a cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati.

Livello di controllo indica se il tipo di controllo è scartante in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di una segnalazione non scartante nel file "statistiche scarti"

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.

Le modifiche introdotte rispetto alla circolare precedente sono state evidenziate in grigio.

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda.	Codice dell'azienda USL o OSP erogatrice. Le strutture private devono indicare il codice dell'Azienda USL di ubicazione territoriale	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Struttura erogatrice	Codice STS 11 disponibile nel sito internet dell'ASA http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm	OBBV	SCARTANTE
10	AN 13	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.	OBBV	SCARTANTE
23	AN 16	Codice a barre della ricetta	Codice a barre della ricetta. Compilare sempre se tipologia della modulistica prescrittiva = 1,3, 4 con codice a barre di 15 cifre che deve essere allineato a sinistra	OBB	SCARTANTE
39	AN 2	Tipologia Medico prescrittore	<i>Valori ammessi:</i> 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)	OBBV	SCARTANTE
41	N5	FILLER			
46	AN 16	Codice fiscale del Medico prescrittore	Se tipologia prescrittore = 03,04, e tipologia della modulistica prescrittiva=3, 4 riportare il Codice Fiscale Negli altri casi ,se disponibile, compilare (non scartante)	OBB	SCARTANTE Dal 1/7/2007
62	AN 2	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	OBBV	SCARTANTE
64	AN 30	Cognome dell'assistito	Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	OBB	SEGNALAZIONE
94	AN 20	Nome dell'assistito	Tutto maiuscolo. Indicare "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge	OBB	SEGNALAZIONE
114	AN 7	Codice episodio di cura	Identificativo univoco per Azienda che permette di raggruppare le prescrizioni e le relative prestazioni corrispondenti ad un unico episodio di DSA. Non necessariamente quindi un codice episodio di cura deve corrispondere ad un unico codice a barre della ricetta	OBB	SEGNALAZIONE Dal 1/07/2007
121	AN 16	Codice fiscale dell'assistito	-Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani, tranne nei casi di anonimato. -Per i cittadini temporaneamente presenti codice STP, in sostituzione del codice fiscale. -Per gli altri stranieri assistiti UE, EE, NE, NX il campo non deve essere compilato	OBB	SCARTANTE
137	AN 1	Sesso dell'assistito	1=Maschio, 2=Femmina	OBBV	SCARTANTE
138	AN 8	Data di nascita dell'assistito	Formato GGMMAAAA	OBBV	SCARTANTE
146	AN 6	Comune di nascita dell'assistito	Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm 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	OBBV	SCARTANTE
152	AN 6	Comune di residenza	Vedi comune di nascita Per i senza fissa dimora codificare: 999999	OBBV	SCARTANTE

158	AN 3	Cittadinanza	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	OBBV	SCARTANTE
161	AN 2	Modalità di accesso	Valori ammessi: 01 = Ordinario (Programmabile) 02 = Controllo/programmato 03 = Urgente (24 h) 04 = Urgente differibile (7 giorni) 05 = Day service ambulatoriale (DSA) 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero 07 = Screening (programma aziendale/regionale) 09 = Accesso diretto 10 = Osservazione Breve Intensiva (OBI) 99 = Altro	OBBV	SCARTANTE
163	AN 2	Posizione dell'assistito nei confronti del ticket	Valori ammessi: 11=Esente totale per età e reddito 12=Esente per reddito 21=Esente per patologia cronica 22=Esente per malattie rare 23=Esente per invalidità totale > 2/3 24=Esente per invalidità parziale < 2/3 31=Esente per gravidanza 32=Esente per screening 33=Esente per diagnosi precoce tumore 34=Esente per donazione 35=Esente in quanto soggetti a rischio di infezione HIV 36=Esente per prevenzione 37=Esente in quanto detenuti/internati 38=Esente per idoneità 04=Non esente 05=Non esente, ticket riscosso da altri 10=Non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)	OBBV	SCARTANTE
165	N 3	Importo ticket: parte intera	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; importo intero. Valorizzare se posizione ticket=04	OBB	SCARTANTE
168	N 2	Importo ticket: parte decimale	Importo ticket pagato relativo alla ricetta; centesimi. Valorizzare se campo precedente diverso da 0.	OBB	SCARTANTE
170	N 4	Importo totale: parte intera	Importo ottenuto dalla somma dell'importo totale delle prestazioni meno 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.	OBBV	SCARTANTE
174	N 2	Importo totale: decimale	Centesimi relativi all'importo totale precedente	OBBV	SCARTANTE
176	AN 1	Posizione contabile	Valori ammessi: 1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai mesi 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	OBBV	SCARTANTE
177	AN8	Data prescrizione	Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA	OBBV	SEGNALAZIONE

SEGUE :

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
185	AN2	Tipo ricetta	Sono accettati esclusivamente i seguenti valori: ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP) UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee NX = Assistito SASN straniero : soggetto assistito da istituzioni extraeuropee In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi).	OBB	SCARTANTE
187	AN1	Tipologia della modulistica prescrittiva	Indica la tipologia della modulistica prescrittiva. <i>Valori ammessi:</i> 1 = ricetta SSN 2 = non prevista (libero accesso , screening, carta libera, ps) 3= modulistica DAY SERVICE 4= percorso semplice	OBB	SCARTANTE
188	AN28	Codice istituzione competente	Se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, EE, NE, NX . Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	
216	AN2	Stato estero	Se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	
218	AN20	Numero di identificazione personale	Se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	
238	AN20	Numero di identificazione della tessera	Se il tipo ricetta assume uno dei i seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.	OBB	

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni prestazione)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Codice struttura erogatrice	Codice STS 11 . V. tab.A	OBBV	SCARTANTE
10	AN 13	Codice contatto	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
23	AN 2	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	OBBV	SCARTANTE
25	AN 5	Quesito diagnostico del medico prescrittore	Rilevare la patologia indicata sulla prescrizione; usare il sistema di classificazione in vigore per la SDO: ICD IX CM2002	OBB	SEGNALAZIONE
30	AN 6	Codice esenzione	Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 21 riportare il codice a tre cifre della condizione di esenzione per patologia (DM n.296 21/5/2001) Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 22 riportare il codice a 6 cifre per le malattie rare (DM n. 279 del 18/5/2001) Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 23,24 riportare il codice in formato lxx.x della condizione di invalidità. Se "posizione dell'assistito nei confronti del ticket" = 31 inserire da M01 a M41 gravidanza ordinaria composto da M + nn (settimana di gravidanza) oppure M99 gravidanza ordinaria ove il MMG non è in grado di identificare la settimana di gestazione oppure M50 per le gravidanze considerate a rischio.	OBB	SEGNALAZIONE
36	N 3	Codice disciplina unità operativa erogatrice	Codice disciplina disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm	OBBV	SCARTANTE
39	AN 8	Data prenotazione	Formato GGMMAAAA per le modalità di accesso ('01,03,04, 09)	OBB	SCARTANTE
47	AN 8	Data erogazione	Formato GGMMAAAA. Data di erogazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di erogazione della 1° prestazione	OBBV	SCARTANTE
55	AN 8	Data chiusura	Formato GGMMAAAA: solo per il day service ed i cicli	OBB	SEGNALAZIONE
63	AN 7	Codice prestazione	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale	OBBV	SCARTANTE
70	N 2	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	OBBV	SCARTANTE
72	N 4	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.	OBBV	SCARTANTE
76	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale	Parte decimale dall'importo v. sopra.	OBBV	SCARTANTE
78	AN1	Appartenenza al bacino di riferimento	Campo obbligatorio per le prestazioni presenti nella DGR 1532/06 (Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa) 0 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di utenza; 1= l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza. 2 = l'utente ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che rientra fra quelle del suo bacino di utenza, ma non è fra quelle che garantiscono i TMA	OBB	SCARTANTE Dal 1/7/2007

79	AN 1	Codice di Pronto Soccorso	Se modalità di accesso=06 1= per le prestazioni con codice bianco 2= per le prestazioni con codice verde 3= per le prestazioni con codice giallo 4= per le prestazioni con codice rosso Non impostare negli altri casi	OBB	SCARTANTE
80	AN 1	Monitoraggio Prescrizione	Per i codici di prestazione indicati nella circolare 1= presenza quesito diagnostico 2= assenza quesito diagnostico Non impostare negli altri casi	OBB	SCARTANTE

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Per adempiere al programma di monitoraggio della spesa sanitaria, previsto dall'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326 comma 11 e al piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, D.G.R. n 1532 del 6-11-2006, le scadenze previste per l'invio dei dati alla Regione a partire dal 2007 divengono mensili.

L'anticipazione delle scadenze riguarda sia le strutture pubbliche e private accreditate che provvederanno alla trasmissione dei file secondo le modalità sottoindicate.

Le strutture private, una volta effettuato l'invio dei dati tramite supporto magnetico all'Azienda USL di ubicazione, dovranno inoltre comunicare alla stessa, tramite e-mail, il nome e il codice della struttura, il numero di record inviati e l'indirizzo numero telefonico.

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Le strutture private accreditate dovranno inviare su supporto magnetico, secondo le scadenze previste dalla circolare alle Aziende USL di ubicazione territoriale, i dati delle prestazioni erogate a cittadini italiani e non e a prescindere dal regime di erogazione.

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE AZIENDE USL/OSP

Per trasmettere i dati tramite il nuovo portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>, occorre essere in possesso di un'utenza EXRARER attribuita dalla Regione Emilia-Romagna.

Inoltre, ogni Azienda USL dovrà farsi carico anche dell'invio dei file prodotti dalle strutture private accreditate ubicate sul proprio territorio, per tutte le prestazioni erogate dalle stesse a pazienti residenti, e non.

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.

Ogni Azienda deve inviare i file (invio file) da sottoporre al programma regionale dei controlli (simulazione), verificare l'esito dell'elaborazione, per poi correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che vanno consolidati (consolidamento) da parte dell'azienda. Al consolidamento segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si conclude con il caricamento in banca dati, la produzione del ritorno informativo per le strutture e l'invio del flusso al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

CALENDARIO DEGLI INVII

Per i dati relativi all'anno 2006 :

4° ed ultimo invio: entro 20 marzo 2007

Dal 2007 i dati devono essere inviati mensilmente e devono essere consolidati entro il giorno 5 del mese successivo al mese di erogazione:

1° invio: prestazioni erogate nel mese di gennaio 2007

scadenza 5/2/2007

2° invio: prestazioni erogate nel mese di febbraio, integrazioni e correzioni del mese precedente

scadenza 5/3/2007

3° invio: prestazioni erogate nel mese di marzo, integrazioni e correzioni dei mesi precedenti

scadenza 5/4/2007

Gli invii successivi saranno analoghi al 3° invio.

Il 1° invio dell'anno 2008 (scadenza 5 febbraio 2008) conterrà **anche** il consolidamento dell'archivio 2007.

RITORNO INFORMATIVO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, si basano su requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record. La validazione che avverrà mensilmente, riguarda esclusivamente le informazioni **anagrafiche e sanitarie** contenute nel tracciato record dichiarate dalle strutture erogatrici.

L'assenza di questi requisiti di qualità determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo alla prestazione errata. Tramite il Ritorno Informativo, con periodicità mensile, vengono messi a disposizione delle singole Aziende/Strutture di competenza i seguenti tipi di file il cui contenuto può essere scaricato impostando i seguenti parametri:

- Azienda erogante/di ubicazione
- Anno di riferimento
- N. dell'invio (1,2,3, ecc.....)
- Tipo di file

VARIABILI DI TIPO ECONOMICO

Le variabili di tipo economico dichiarate dalle strutture (importo totale, importo ticket, importo prestazione) non saranno oggetto di validazione ma verranno ricalcolate centralmente e messe a disposizione nei file oggetto di ritorno informativo.

A) STATISTICHE SCARTI

Questo file contiene alcuni prospetti statistici sul risultato del caricamento dei record.

I file sono suddivisi all'interno di ogni azienda per codice struttura, per cui si possono scaricare singolarmente i prospetti riferiti alle singole strutture erogatrici.

Vengono inoltre resi disponibili i prospetti dei totali per azienda.

I file sono compressi per la decompressione sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0).

I file da scaricare hanno la seguente denominazione:

Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.STA.tar.z

Dove per

Axxx si intende l'anno di erogazione (es. A2004)

lxx il numero di invio (es. l01 per il primo invio)

Axxx l'azienda erogante/di ubicazione territoriale (es. A101)

Sxxxxxx il codice della struttura erogatrice

Nel caso in cui manchi il codice della struttura erogatrice è stato inserito un nome fittizio: Sunkunk.

Il prospetto dei totali per azienda verrà identificato invece da Stotali.

Una volta decompressi i files potranno essere esaminati o stampati.

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

B) FILE SCARTI

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

I file sono suddivisi all'interno di ogni azienda per codice struttura, per cui si possono scaricare singolarmente gli errori riferiti alle singole strutture erogatrici.

I file sono compressi per la decompressione sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0).

I file da scaricare hanno la seguente denominazione:

Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.ERR.tar.z

Dove per

Axxxx si intende l'anno di erogazione (es. A2004)

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 manchi il codice della struttura erogatrice è stato inserito un nome fittizio: Sunkunk.

Una volta decompressi i file ogni record presenterà le informazioni secondo il tracciato di seguito riportato:

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 1	Tipo file (A/B)
2	AN 3	Az. USL/Az. Osp.
5	AN 6	Codice struttura erogante
11	AN 13	Codice contatto
24	AN 2	Progressivo prestazione (solo se File B)
26	AN 4	Codice errore
30	AN 60	Descrizione errore
90	N 3	Posizione del campo che presenta l'errore

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

C) MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni (regime di erogazione " a carico del SSN").

Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare.

I file sono suddivisi all'interno di ogni azienda per codice struttura.

I file sono compressi per la decompressione sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0).

I file da scaricare hanno la seguente denominazione:

Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.MOBEXTRA.tar.z

Dove per

Axxxx si intende l'anno di erogazione (es. A2004)

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

Una volta decompressi i files ogni record presenterà le informazioni secondo il seguente tracciato:

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda Sanitaria
4	AN 6	Codice struttura erogante
10	AN 13	Codice contatto
23	N 4	Importo totale, calcolato dall'azienda, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
27	N 2	(parte decimale)
29	N 3	Importo ticket calcolato dall'azienda (parte intera)
32	N 2	(parte decimale)
34	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dall'azienda (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
38	N 2	(parte decimale)
40	N 4	Importo totale, calcolato dalla Regione, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
44	N 2	(parte decimale)
46	N 3	Importo ticket calcolato dalla Regione (parte intera)
49	N 2	(parte decimale)
51	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dalla Regione (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
55	N 2	(parte decimale)

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

D) MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni da addebitare alle Aziende della Regione (regime di erogazione " a carico del SSN").

Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare o da fatturare

I file sono suddivisi all'interno di ogni azienda per codice struttura.

I file sono compressi per la decompressione sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0).

I file da scaricare hanno la seguente denominazione:

Axxxx.lxx.Axxx.Sxxxxxx.MOBATTINFRA.tar.z

Dove per

Axxxx si intende l'anno di erogazione (es. A2004)

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

Una volta decompressi i file ogni record presenterà le informazioni secondo il seguente tracciato:

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda Sanitaria
4	AN 6	Codice struttura erogante
10	AN 13	Codice contatto
23	N 4	Importo totale, calcolato dall'azienda, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
27	N 2	(parte decimale)
29	N 3	Importo ticket calcolato dall'azienda (parte intera)
32	N 2	(parte decimale)
34	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dall'azienda (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
38	N 2	(parte decimale)
40	N 4	Importo totale, calcolato dalla Regione, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
44	N 2	(parte decimale)
46	N 3	Importo ticket calcolato dalla Regione (parte intera)
49	N 2	(parte decimale)
51	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dalla Regione (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
55	N 2	(parte decimale)

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

E) MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE (solo per AUSL con password)

Questo file contiene tutti i record validati (regime di erogazione " a carico del SSN") delle prestazioni erogate da altre Aziende pubbliche e private a residenti .

I file sono suddivisi all'interno di ogni azienda in file della tabella A e file della tabella B.

I file sono compressi per la decompressione sarà necessario utilizzare un apposito programma (es. winzip, versione 6.0).

Una volta decompressi i file ogni record presenterà le informazioni secondo il seguente tracciato:

Tabella A

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda di ubicazione
4	AN 6	Struttura erogatrice
10	AN 13	Codice contatto
23	AN 2	Tipologia Medico prescrittore
25	AN 2	Regime di erogazione
27	AN 30	Cognome dell'assistito
57	AN 20	Nome dell'assistito
77	AN 16	Codice fiscale dell'assistito
93	AN 6	Comune di residenza
99	AN8	Data di nascita assistito
107	AN 2	Modalità di accesso
109	AN 2	Posizione dell'assistito nei confronti del ticket
111	N 3	Importo ticket: parte intera Calcolato dall'azienda
114	N 2	Importo ticket: parte decimale Calcolato dall'azienda
116	N 4	Importo totale: parte intera Calcolato dall'azienda
120	N 2	Importo totale: decimale Calcolato dall'azienda
122	N 4	Importo totale: parte intera Ricalcolato dalla regione
126	N 2	Importo totale: decimale Ricalcolato dalla regione
128	N 3	Importo ticket: parte intera Ricalcolato dalla regione
131	N 2	Importo ticket: decimale Ricalcolato dalla regione

Tabella B

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda di ubicazione
4	AN 6	Struttura erogatrice
10	AN 13	Codice contatto
23	AN 5	Quesito diagnostico del medico prescrittore
28	AN 6	Codice esenzione
34	N 3	Codice disciplina unità operativa erogatrice
37	AN 8	Data prenotazione
45	AN 8	Data erogazione
53	AN 7	Codice prestazione
60	N 2	Quantità
62	N 4	Importo totale prestazione: parte intera Calcolato dall'azienda
66	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale Calcolato dall'azienda
68	N 4	Importo totale prestazione: parte intera Ricalcolato dalla regione
72	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale Ricalcolato dalla regione

Referenti Regionali

Dott.ssa Agatina Fadda *Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi sanitari*

Tel 051/6397307 afadda@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Monica Merlin *Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali*

Tel 051/6397429 mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Francesca Francesconi *Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali*

Tel 051/6397431 ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it

Augusto Zappi

(f.to Zappi)

Eleonora Verdini

(f.to Verdini)