

Il Direttore Generale

Franco Rossi

Protocollo N° ASS/DIR/05/9446

Data 04.03.2005

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie

CIRCOLARE N. 6

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

delle Aziende Sanitarie e II.OO.RR.
Regione Emilia Romagna

Ai Presidenti delle Associazioni
AIOP, ARIS, ANISAP
Regione Emilia Romagna

e, p.c. Ai Referenti aziendali della tessera sanitaria
delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna

**OGGETTO: Specifiche tecniche relative alla trasmissione e ritorno informativo del flusso relativo
all' Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2005**

La Regione Emilia-Romagna ha attivato la rilevazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale su base individuale a partire dal 2002. In questo triennio la rilevazione è migliorata sia dal punto di vista della completezza che della qualità delle informazioni raccolte, anche se il percorso di miglioramento è continuo.

Nell'ambito del programma di monitoraggio della spesa sanitaria, previsto dall'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) e successivi decreti attuativi, la Regione si è avvalsa del comma 11 che dà la possibilità per le Regioni che hanno la disponibilità dei dati, di inviare direttamente al Ministero dell'Economia e Finanze i dati, nello specifico, della specialistica ambulatoriale. A questo adempimento si provvederà mediante il flusso ASA.

La stessa rilevazione alimenta la sperimentazione tra Regioni e Ministero della Salute per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La rilevazione ASA diventa quindi non solo un importante strumento per la programmazione regionale – si cita a titolo di esempio la recente Delibera di Giunta Regionale n. 293/2005 per l'accreditamento sulla specialistica ambulatoriale ed il monitoraggio delle liste d'attesa -, ma è la rilevazione per rispondere anche alle richieste di monitoraggio che derivano dai Ministeri.

In questo contesto e alla luce dell'introduzione, a decorrere dal 1/02/2005, della nuova ricetta, prevista dal decreto 18 maggio 2004 del Ministero dell'Economia e Finanze di concerto con il Ministero della Salute, si rende necessario apportare alcune modifiche/integrazioni alla rilevazione. In particolare occorre poter distinguere la vecchia e nuova ricetta e in quest'ultimo caso il tipo di ricetta (per le indicazioni relative alla compilazione della nuova ricetta si rimanda alla circolare 23 del dicembre 2004). Particolare attenzione va posta sulle esenzioni: al fine di mantenere la classificazione regionale, a fronte di una nuova classificazione nazionale, occorre meglio specificare le voci rilevate.

Si recepisce inoltre, quanto già anticipato con nota del 23 dicembre 2004 sull' Osservazione Breve Intensiva (OBI) che, se non seguita da ricovero, rientra nella rilevazione ASA a partire dal 1 gennaio 2005.

Si ribadisce infine che 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 e pertanto con questa circolare si sistematizzano le indicazioni fornite negli ultimi due anni al fine di migliorare la rilevazione.

Per le specifiche tecniche, tempi e modalità di trasmissione, si rimanda all'allegato tecnico che è parte integrante della presente circolare.

Distinti saluti

f.to Franco Rossi

All. n. 1

Allegato tecnico

FLUSSO INFORMATIVO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2005. Le modifiche apportate al tracciato record definito dalla circolare n. 3 del 7/02/2002 e successive integrazioni, sono state introdotte allo scopo di gestire la trasmissione contemporanea dei dati ricavati dai nuovi e vecchi moduli di ricetta. Questi ultimi infatti potranno essere utilizzati fino al 31 marzo 2005, mentre la nuova ricetta è stata introdotta a partire dal 1° febbraio 2005.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

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

La rilevazione, come per gli anni precedenti, si caratterizza con periodicità trimestrale ed è 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 e dell'assistito (Tabella A)

Dati riguardanti il dettaglio della prestazione ambulatoriale (Tabella B)

AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione del flusso è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai singoli **pazienti esterni** in ambito ospedaliero e territoriale dagli erogatori pubblici e privati accreditati. In particolare vengono rilevate le visite e le prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale.

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

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, 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.
- le prestazioni di OBI (osservazione breve intensiva) seguite da ricovero nella stessa o in altra struttura

In ambito territoriale:

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

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.

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 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**

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 2004 e il 2005 verranno spediti nel 2005). 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.

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

A far data dal 01/01/05 è stata introdotta una nuova modalità di accesso :

L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA identificata dal codice prestazione 89.09-Osservazione Breve Intensiva, e relativa tariffa omnicomprensiva che costituirà integrazione del nomenclatore regionale 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 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.

PRESTAZIONI DI RADIOTERAPIA

Per queste prestazioni 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:

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

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

1. DATI della RICETTA dell'ASSISTITO

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 www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/)

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 SEGNALAZIONE)*

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido; non possono essere accettati codici a barre incompleti o valorizzati in modo errato.

Per le ricette compilate con la modulistica precedente a quella in vigore da febbraio 2005, il codice a barre è di 16 cifre ed è da impostare per intero.

Per le ricette compilate con il nuovo ricettario, il codice a barre 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)

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)

Dal 1° aprile 2005 viene abolita la tipologia "00=non rilevato" e non sarà possibile utilizzare in alternativa la modalità "99=altro"

IDENTIFICATIVO MEDICO PRESCRITTORE *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Se tipologia prescrittore = 01, 02,03,04,05,06, riportare il Codice Fiscale

Se tipologia prescrittore = 00,07,99, non compilare

Se tipologia prescrittore = 08, compilare se disponibile

Segue:

Tabella A

1. DATI della RICETTA dell'ASSISTITO

FLAG NUOVA RICETTA (livello di controllo SCARTANTE)

Indica se la ricetta è stata compilata sul vecchio modulo oppure sul nuovo modulo in vigore dal febbraio 2005.

Valori ammessi:

1 = nuova ricetta

2 = modelli "DEBURO/DAY SERVICE (Come da Deliberazione regionale n. 2142/2000)

3 = vecchia ricetta

Se il campo non viene compilato il sistema di controlli lo considera vecchia ricetta

TIPO RICETTA (livello di controllo SCARTANTE)

Il campo può essere compilato solo per il nuovo modulo (flag nuova ricetta=1) e 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).

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)

Valori ammessi:

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

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; Valorizzare per le diverse tipologie di esenzione.

IMPORTO TOTALE (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Importo ottenuto dalla somma dell'importo totale delle prestazioni meno l'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"; 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 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 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 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

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 www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/

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)*

Valide fino al 31-03-2005	Valide dal 01-04-2005
01= Esente totale per età e/o reddito	11=Esente totale per età e reddito
02= Esente per patologia/invalidità	12=Esente per reddito
03=Esente per altre condizioni (gravidanza, diagnosi precoce, screening, donazioni, ecc);	21=Esente per patologia cronica
04 = Non esente	22=Esente per malattie rare
05 = Non esente, ticket riscosso da altri	23=Esente per invalidità totale > 2/3
10 = non si applica (es. libera professione, paganti in proprio...)	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 per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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 per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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 per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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 per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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 www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/)

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

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)*

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.

DISCIPLINA EROGATRICE *(livello di controllo SCARTANTE)*

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

all'indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/

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 (01,03,04,08,09) 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.

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.

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. (disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/.)

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

Segue:

Tabella B

DATI della PRESTAZIONE

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.

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

Per codice di pronto soccorso si intende il codice assegnato dal medico in sede di dimissione e che identifica la gravità dell'episodio

1= per le prestazioni con codice bianco

2= per le prestazioni con codice diverso dal bianco

Non impostare negli altri casi

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- richiesta, 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- richiesta, 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/).	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	OBB	SEGNALAZIONE
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	Identificativo Medico prescrittore	Codice regionale a 5 cifre NON PIU' VALIDO		
46	AN 16	Identificativo Medico prescrittore	Se tipologia prescrittore = 01,02,03,04,05,06 riportare il Codice Fiscale Se tipologia prescrittore = 00,07,99 non compilare Se tipologia prescrittore = 08 compilare se disponibile	OBB	SEGNALAZIONE
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 sanitario dell'assistito	NON PIU' VALIDO		
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 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	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

SEGUE :

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
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 06 = Pronto Soccorso non seguito da ricovero 07 = Screening (programma aziendale/regionale) 08 = Libera professione 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=Nom 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 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	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	Il campo può essere compilato solo per la nuova ricetta (flag nuova ricetta=1) e 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	Flag nuova ricetta	Indica se la ricetta è stata compilata sul vecchio modulo oppure sul nuovo modulo in vigore dal febbraio 2005. Valori ammessi: 1 = nuova ricetta 2 = modelli DEBURO/DAYSERVICE 3 = vecchia ricetta	OBBV	SCARTANTE
188	AN28	Codice istituzione competente	Da impostare solo per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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	Da impostare solo per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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	Da impostare solo per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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	Da impostare solo per i nuovi ricettari (FLAG nuova ricetta = 1) e 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 =21,22,23,24 riportare il codice a tre cifre della condizione di esenzione per patologia oppure il codice a 6 cifre per le patologie rare oppure il codice in formato lxx.x della condizione di invalidità.	OBB	SEGNALAZIONE
36	N 3	Codice disciplina unità operativa erogatrice	Codice disciplina disponibile sul sito nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/	OBBV	SCARTANTE
39	AN 8	Data prenotazione	Formato GGMMAAAA per le modalità di accesso (*01,03,04,08,09)	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 (comprensivo dei punti separatori, ad eccezione dei codici con nota I. (disponibile sul sito dell' ASA http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/)	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	SEGNALAZIONE
76	N 2	Importo totale prestazione: parte decimale	Parte decimale dall'importo v. sopra.	OBBV	SEGNALAZIONE
78	AN1	Appartenenza organizzativa del professionista	NON PIU' VALIDO		
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 diverso dal bianco 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 diminuire l'asincronismo tra i tempi di aggiornamento della banca dati regionale e l'utilizzo dei dati della attività ambulatoriale, le scadenze previste per l'invio trimestrale dei dati alla Regione vengono anticipati di un mese, ad eccezione del 1° invio 2005 . Sarà necessario pertanto porre attenzione alla completezza assoluta di ogni invio in termini di volumi erogati trimestralmente.

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

Ogni invio, sia da parte delle strutture pubbliche che private, 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.

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 segnalando il nome e il codice della struttura, il numero di record e l'indirizzo numero telefonico.

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE STRUTTURE 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 15 luglio	Prestazioni erogate nel periodo 1/4-30/6 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
3° invio 15 ottobre	Prestazioni erogate nel periodo 1/7-30/9 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
4° invio 15 gennaio	Prestazioni erogate nel periodo 1/10-31/12 e prestazioni recuperate dal trimestre precedente
5° invio 15 febbraio	prestazioni recuperate dal trimestre precedente e correzioni su tutti i record già entrati in banca dati per l'anno di riferimento

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE 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 2005	Aziende 101,102,103
	27 maggio 2005	Aziende 104,105,106
	28 maggio 2005	Aziende 107,108,109
	29 maggio 2005	Aziende 110,111,112
	30 maggio 2005	Aziende 113,902,903
	31 maggio 2005	Aziende 904,908,909,960
2° invio:	26 luglio 2005	Aziende 904,908,909,960
	27 luglio 2005	Aziende 113,902,903
	28 luglio 2005	Aziende 110,111,112
	29 luglio 2005	Aziende 107,108,109
	30 luglio 2005	Aziende 104,105,106
	31 luglio 2005	Aziende 101,102,103
3° invio:	26 ottobre 2005	Aziende 110,111,112
	27 ottobre 2005	Aziende 113,902,903
	28 ottobre 2005	Aziende 904,908,909,960
	29 ottobre 2005	Aziende 101,102,103
	30 ottobre 2005	Aziende 104,105,106
	31 ottobre 2005	Aziende 107,108,109
4° invio:	26 gennaio 2006	Aziende 107,108,109
	27 gennaio 2006	Aziende 104,105,106
	28 gennaio 2006	Aziende 101,102,103
	29 gennaio 2006	Aziende 904,908,909,960
	30 gennaio 2006	Aziende 113,902,903
	31 gennaio 2006	Aziende 110,111,112
5° invio:	23 febbraio 2006	Aziende 101,102,103
	24 febbraio 2006	Aziende 104,105,106
	25 febbraio 2006	Aziende 107,108,109
	26 febbraio 2006	Aziende 110,111,112
	27 febbraio 2006	Aziende 113,902,903
	28 febbraio 2006	Aziende 904,908,909,960

Per l'attività dell'anno 2006 saranno modificate le date anche per quanto concerne il 1° invio:

1° invio:	25 aprile 2006	Aziende 101,102,103
	26 aprile 2006	Aziende 104,105,106
	27 aprile 2006	Aziende 107,108,109
	28 aprile 2006	Aziende 110,111,112
	29 aprile 2006	Aziende 113,902,903
	30 aprile 2006	Aziende 904,908,909,960

RITORNO INFORMATIVO

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.

L'assenza di questi requisiti determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo alla prestazione errata.

Tramite il Ritorno Informativo, con periodicità trimestrale, 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 (1,2,3,4,5)
- Tipo di file

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

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.

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 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. 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

B) 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"). Gli importi da addebitare vengono ricalcolati a livello regionale secondo le modalità e le tariffe vigenti.

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 da compensare ricalcolato a livello regionale (al netto dell'eventuale ticket) tabella A (parte intera)
27	N 2	tabella A (parte decimale)
29	N 3	Importo ticket ricalcolato a livello regionale tabella A (parte intera)
32	N 2	tabella A (parte decimale)

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

C) MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE (solo per strutture pubbliche con password)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni da addebitare alle Aziende della Regione (regime di erogazione " a carico del SSN"). Gli importi da addebitare non sono calcolati a livello regionale.

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 aziendale (al netto dell'eventuale ticket) tabella A (parte intera)
27	N 2	tabella A (parte decimale)
29	N 3	Importo ticket tabella A (parte intera)
32	N 2	tabella A (parte decimale)

SEGUE:

RITORNO INFORMATIVO

E) MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE (solo per strutture pubbliche con password)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni erogate da altre Aziende pubbliche e private a residenti da addebitare alle Aziende della Regione (regime di erogazione " a carico del SSN"). Gli importi da addebitare non sono calcolati a livello regionale.

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

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

Referenti Regionali

Dott.ssa Agatina Fadda

Tel 051/6397307

afadda@regione.emilia-romagna.it

Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi sanitari

Dott.ssa Monica Merlin

Tel 051/6397429

mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Dott.ssa Francesca Francesconi

Tel 051/6397431

ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna

V.le Aldo Moro n. 21

40128 Bologna