

Codice DB2019

D.D. 15 maggio 2014, n. 460

Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Aggiornamento della documentazione recante le specifiche tecniche, nonché le modalità e le tempistiche di trasmissione dei flussi esistenti e dei nuovi flussi del NSIS delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale.

La presente determinazione dirigenziale è stata pubblicata, priva dell'allegato, sul Bollettino Ufficiale n. 38 del 18 settembre 2014. Si ripubblica qui di seguito la medesima in modo integrale (ndr).

Premesso che con la DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, avente ad oggetto “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate”, sono state definite le specifiche tecniche, nonché le modalità e le tempistiche di trasmissione dei flussi esistenti e dei nuovi flussi del NSIS delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale;

visto che, con DGR n. 25-6992 del 30 dicembre 2013, la Regione Piemonte ha approvato i “Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012”, con i quali sono state definite le azioni “strutturali” che, oltre a supportare il controllo della spesa sanitaria, determinano un incremento qualitativo del sistema informativo sanitario, in termini di correttezza, completezza e tempestività;

considerato che sia nell'ambito dell'attuazione delle azioni di cui ai succitati programmi operativi, sia in recepimento di specifiche indicazioni ricevute da NSIS, che per esigenza di correzione di refusi, è emersa l'esigenza di apportare le modificazioni alla documentazione tecnica in allegato alla succitata DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, specificatamente per quanto attiene ai flussi SDO, C, F, E, DMRP, EMUR, HOSP, SIMS e STER-FAR/SIAD, così come riportato nell' “Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”, parte integrante e sostanziale della presente determinazione dirigenziale;

visto che, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, la Giunta Regionale disponeva, con la medesima DGR, che la Direzione Sanità provvedesse con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento “Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte”, in allegato allo stesso atto deliberativo quale sua parte integrante e sostanziale”, avendo cura di rendere costantemente fruibile sulle rete la sua versione elettronica aggiornata;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

tutto ciò premesso

IL DIRIGENTE

- Visto il D. lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;

- Vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;
- Visto l'art. 18 della L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;
- Visto il Decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 di istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale;
- Vista la DGR n. 76-2985 del 28 novembre 2011
- Vista la DGR n. 19-5226 del 16 gennaio 2013
- Vista la DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013

determina

- di approvare il documento “Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante le modificazioni alla documentazione tecnica in allegato alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013;
- di disporre affinché il CSI Piemonte provveda, nell'ambito delle correnti attività di gestione allo stesso affidate dall'amministrazione regionale, ad aggiornare conseguentemente la versione elettronica della succitata documentazione tecnica, garantendone la costante fruibilità sulla rete RUPAR, all'url: <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali>.
- di dare atto che l'approvazione del documento “Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013” parte integrante e sostanziale del presente atto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente Determinazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione della determinazione sul BURP.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

Il Responsabile del Settore
Mario Fregonara Medici

Allegato

**Allegato 1:Variazioni alla documentazione tecnica di
cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013**

INDICE GENERALE

1.	SCOPO DEL DOCUMENTO	9
2.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DMRP – FLUSSI DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	9
2.1	Cronologia variazioni	9
2.2	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	15
2.3	Riferimenti normativi	17
2.4	Contesto di riferimento	18
2.4.1	Ambito di rilevazione	18
2.4.2	Oggetto della rilevazione	19
2.4.3	Strutture di rilevazione	19
2.4.4	Identificazione dei Dispositivi Medici	20
2.5	Calendario degli invii	20
2.6	Monitoraggio degli invii	23
2.7	Tracciato “CONTRATTI”	24
2.8	SCHEDE ANALITICHE	24
2.8.1	Scheda 01.0: Codice Azienda Sanitaria inviante	24
2.8.2	Scheda 04.0: Tipo movimento	25
2.8.3	Scheda 05.0: Codice Struttura utilizzatrice	25
2.8.4	Scheda 06.0: Centro di Costo	27
2.8.5	Scheda 07.0: Tipo destinazione utilizzo	28
2.8.6	Scheda 09.1: Anno consegna	28
2.8.7	Scheda 09.2: Mese consegna	29
2.8.8	Scheda 10.0: Tipo dispositivo	29
2.8.9	Scheda 11.0: Codice identificativo Dispositivo Medico	29
2.8.10	Scheda 12.0: Costo d’acquisto	30
2.8.11	Scheda 13.0: Quantità distribuita	31
2.8.12	Scheda 15.0: Codice Struttura contraente	31
2.8.13	Scheda 16.0: Identificativo contratto	32
2.8.14	Scheda 17.0: Tipologia di contratto	32
2.8.15	Scheda 18.0: Data stipula contratto	33
2.8.16	Scheda 21.0: Ambito di valenza contratto	33
2.8.17	Scheda 27.0: Prezzo unitario aggiudicato	33
2.8.18	Scheda 29.0: Assistenza specialistica al personale	34
2.8.19	Scheda 30.0: Conto deposito	34
2.8.20	Scheda 31.0: Voce di imputazione nel modello C.E.	34
2.8.21	Scheda 32.0: Codice CIG	35
2.8.22	Scheda 33.0: Progressivo di riga	35
2.8.23	Scheda 34.0: Quantità contrattualizzata	36
2.9	Tabella dei controlli	36
2.9.1	Controllo L05	36
2.9.2	Controllo L14	37
2.9.3	Controllo L15	37
2.9.4	Controllo L16	38
2.9.5	Controllo N07	38
2.9.6	Segnalazione S02	38
2.9.7	Segnalazione S03	38
2.9.8	Segnalazione S04	39
2.9.9	Segnalazione S05	39

3. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	40
3.1 Cronologia variazioni	41
3.2 Acronimi, sigle ed abbreviazioni	48
3.3 Riferimenti normativi	49
3.4 Il flusso informativo regionale	50
3.5 Gestione degli assistiti	51
3.6 Validità dei codici	51
3.7 Calendario degli invii	51
3.8 Monitoraggio degli invii	52
3.9 SCHEDE ANALITICHE	52
3.9.1 Scheda 08.0: Data fine chiamata telefonica	52
3.9.2 Scheda 13.0: Numero persone coinvolte	52
3.9.3 Scheda 14.0: Classe patologia principale presunta	52
3.9.4 Scheda 20.0: Data partenza verso	53
3.9.5 Scheda 21.0: Ora partenza verso	53
3.9.6 Scheda 22.0: Data arrivo	53
3.9.7 Scheda 23.0: Ora arrivo	54
3.9.8 Scheda 25.0: Dinamica riscontrata	54
3.9.9 Scheda 26.0: Data partenza dal luogo evento	55
3.9.10 Scheda 27.0: Ora partenza dal luogo evento	55
3.9.11 Scheda 28.0: Numero pazienti trasportati	55
3.9.12 Scheda 29.0: Data rientro	56
3.9.13 Scheda 30.0: Ora rientro	56
3.9.14 Scheda 31.0: Esito missione	57
3.9.15 Scheda 32.0: Identificativo esterno assistito	57
3.9.16 Scheda 41.0: Codice esito trattamento	58
3.9.17 Scheda 44.0: Data arrivo Istituto destinazione	58
3.9.18 Scheda 54.0: Cittadinanza	58
3.9.19 Scheda 55.0: Cittadinanza	59
3.9.20 Scheda 63.0: Criticità fine	59
3.9.21 Scheda 70.1: Codice Centrale Operativa	59
3.9.22 Scheda 70.2: Anno di riferimento	60
3.9.23 Scheda 70.3: Progressivo	60
3.10 Tabella dei controlli	61
3.10.1 Controllo L06	61
3.10.2 Controllo L16	61
3.10.3 Controllo L17	61
3.10.4 Controllo L22	62
3.10.5 Controllo L35	62
3.10.6 Controllo L37	62
3.10.7 Controllo L43	62
3.10.8 Controllo N08	63
3.10.9 Segnalazione S05	63
3.10.10 Segnalazione S06	63
3.10.11 Segnalazione S07	63
3.10.12 Segnalazione S08	64
3.10.13 Segnalazione S09	64
4. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DELL’ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	65

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 4 di 164
--	---	---------------

4.1	Cronologia variazioni	65
4.2	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	67
4.3	Riferimenti normativi: voce D11 (pag. 10)	69
4.4	Codice Univoco dell'assistito (pag. 12)	70
4.5	Sistema dei controlli (pag. 14)	70
4.6	Segnalazioni (pag. 14)	70
4.7	Calendario degli invii (pag. 15)	70
4.8	Monitoraggio degli invii (pag. 15)	70
4.9	Movimentazione dei record (pag. 17)	71
4.10	Tracciato "Assistito": chiave univoca di identificazione (pag. 20)	71
4.11	Scheda 01.0: "Progressivo univoco assistito"	71
4.12	Scheda 02.0: "Codice ASL/AO di presa in carico"	72
4.13	Scheda 03.0: "Struttura erogatrice"	72
4.14	Scheda 04.0: "Data ricovero"	73
4.15	Scheda 05.0: "Tipo movimento"	73
4.16	Scheda 07.0: "Codice fiscale"	74
4.17	Scheda 16.0 "Tariffa giornaliera"	74
4.18	Scheda 31.0 "Data dimissione"	74
4.19	Premessa alla Tabella dei controlli (pag. 63)	75
4.20	Tabella dei controlli: Controllo F01	75
4.21	Tabella dei controlli: Controllo F02	75
4.22	Tabella dei controlli: Controllo F03	75
4.23	Tabella dei controlli: Controllo N01	75
4.24	Tabella dei controlli: Controllo N02	76
4.25	Tabella dei controlli: Controllo N03	76
4.26	Tabella dei controlli: Controllo N04	76
4.27	Tabella dei controlli: Controllo N05	77
4.28	Tabella dei controlli: Controllo N07	77
4.29	Tabella dei controlli: Controllo N08	77
4.30	Tabella dei controlli: Controllo N09	77
4.31	Tabella dei controlli: Controllo N10	78
4.32	Tabella dei controlli: Controllo N11	78
4.33	Tabella dei controlli: Controllo N12	78
4.34	Tabella dei controlli: Controllo N13	79
4.35	Tabella dei controlli: Controllo N14	79
4.36	Tabella dei controlli: Controllo N15	79
4.37	Tabella dei controlli: Controllo L22	79
4.38	Tabella dei controlli: Segnalazione S02	79
4.39	Tabella dei controlli: Segnalazione S03	79
5.	ELENCO ELEMENTI DEL "DISCIPLINARE TECNICO SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITA' TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE" OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	81
5.1	Cronologia variazioni	82
5.2	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	84
5.3	Riferimenti normativi	86
5.4	Contesto di riferimento	86
5.5	Modalità di movimentazione dei dati	86
5.6	Sistema dei controlli	86
5.6.1	Controlli di tipo formale	86
5.6.2	Controlli logici e normativi	87
5.7	Calendario degli invii	88
5.8	Periodo di competenza	88

5.9	Monitoraggio degli invii	89
5.10	Tracciati record	89
	5.10.1 Codifica Identificativo dell'assistito	90
5.11	SCHEDE ANALITICHE	91
	5.11.1 Scheda 01.0: Anno di riferimento	91
	5.11.2 Scheda 02.0: Codice Regione	91
	5.11.3 Scheda 03.0: Periodo di riferimento	92
	5.11.4 Scheda 04.0: Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	93
	5.11.5 Scheda 05.0: Codice Dipartimento Salute Mentale	93
	5.11.6 Scheda 06.0: Tipo Movimento	94
	5.11.7 Scheda 07.0: Identificativo AURA	94
	5.11.8 Scheda 09.0: Codice Professionale	94
	5.11.9 Scheda 12.0: Regione di residenza	94
	5.11.10 Scheda 13.0: Provincia e Comune o Stato estero di residenza	95
	5.11.11 Scheda 14.0: Codice ASL di residenza	95
	5.11.12 Scheda 15.0: Codice fiscale	95
	5.11.13 Scheda 16.0: Identificativo Assistito	96
	5.11.14 Scheda 17.0: Cognome	96
	5.11.15 Scheda 18.0: Nome	96
	5.11.16 Scheda 19.0: Data di nascita	97
	5.11.17 Scheda 20.0: Sesso	97
	5.11.18 Scheda 21.0: Provincia e Comune o Stato estero di Nascita	97
	5.11.19 Scheda 22.0: Cittadinanza	97
	5.11.20 Scheda 23.0: Codice Struttura	97
	5.11.21 Scheda 25.0: Identificativo Contatto	98
	5.11.22 Scheda 26.0: Data apertura scheda paziente	98
	5.11.23 Scheda 27.0: Diagnosi di apertura	99
	5.11.24 Scheda 26.0: Data apertura scheda paziente	99
	5.11.25 Scheda 28.0: Presenza di piano terapeutico	100
	5.11.26 Scheda 30.0: Inviante per Primo Contatto	100
	5.11.27 Scheda 31.0: Data chiusura Scheda Paziente	100
	5.11.28 Scheda 32.0: Diagnosi di chiusura	101
	5.11.29 Scheda 33.0: Modalità di conclusione	101
	5.11.30 Scheda 35.0: Motivo erogazione contributo	102
	5.11.31 Scheda 37.0: Motivo cessazione contributo	102
	5.11.32 Scheda 38.0: Progressivo Prestazioni per Contatto	102
	5.11.33 Scheda 39.0: Data Intervento	102
	5.11.34 Scheda 40.0: Tipo Intervento	102
	5.11.35 Scheda 47.0: Proposta di TSO	103
	5.11.36 Scheda 48.0: Prestazione erogata con ricetta	103
	5.11.37 Scheda 49.0: Numero ricetta	103
	5.11.38 Scheda 51.0: Quota sanitaria	103
	5.11.39 Scheda 52.0: Quota sociale	103
	5.11.40 Scheda 53.0: Quota assistito	104
	5.11.41 Scheda 54.0: Altre quote	104
	5.11.42 Scheda 56.0: Data ammissione	104
	5.11.43 Scheda 58.0: Data ammissione	104
5.12	Controlli logici-normativi	104
	5.12.1 Controllo L03	105
	5.12.2 Controllo L07	106
	5.12.3 Controllo L08	106
	5.12.4 Controllo L11	106
	5.12.5 Controllo L21	106

5.12.6	Controllo L22	107
5.12.7	Controllo L23	107
5.12.8	Controllo L24	107
5.12.9	Controllo N01	107
5.12.10	Controllo N03	107
5.12.11	Controllo N10	108
5.12.12	Segnalazione S01	108
5.12.13	Segnalazione S02	108
5.12.14	Segnalazione S03	108
5.12.15	Segnalazione S04	108
5.12.16	Segnalazione S07	109
5.12.17	Segnalazione S08	109
5.12.18	Controllo F01	109
5.12.19	Controllo F02	109
5.12.20	Controllo F03	109
6.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	110
6.1	Sommario	110
6.2	Cronologia variazioni	111
6.3	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	116
6.4	Riferimenti normativi	118
6.5	CONTESTO DI RIFERIMENTO	120
6.5.1	L'articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali	120
6.6	SCHEDE ANALITICHE	122
6.6.1	Scheda 02.0: Tipo flusso	122
6.6.2	Scheda 06.0: Codice fiscale	122
6.6.3	Scheda 12.0: Cittadinanza	123
6.6.4	Scheda 15.0: Cittadinanza	123
6.6.5	Scheda 27.0: Tipologia di cura	123
6.6.6	Scheda 28.0: Data presa in carico	125
6.6.7	Scheda 30.0: Codice Struttura residenziale / semiresidenziale	125
6.6.8	Scheda 32.0: Codice regionale Struttura residenziale / semiresidenziale	125
6.6.9	Scheda 108.0: Data conclusione	126
6.6.10	Scheda 109.0: Data conclusione	126
6.7	Tabella dei controlli logici-normativi	127
6.7.1	Controllo L09	127
6.7.2	Controllo L17	127
6.7.3	Controllo L36	128
6.7.4	Controllo L46	128
6.7.5	Controllo L56	128
6.7.6	Controllo L57	128
6.7.7	Segnalazione S06	129
6.7.8	Segnalazione S07	129
7.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	130
7.1	Paragrafo 4.11 Tracciato C	130
7.1.1	Tracciato Campo - 57.0 Modalità di erogazione	130
7.2	Paragrafo 4.13 Tracciato C4	130

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 7 di 164
--	---	---------------

7.2.1	Tracciato Campo - 57.0 Modalità di erogazione	130
7.3	Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE	130
7.3.1	Campo 04.0 - Medico prescrittore	130
7.3.2	Campo 13.0 - Numero ricetta	131
7.3.3	Campo 48.0 - Scheda intervento	133
7.3.4	Campo 115.0 - Ricetta madre	133
7.4	Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)	134
7.4.1	Controllo LF6 - Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta.	134
7.5	Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	135
7.5.1	Controllo LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrittore e Tipo di erogazione.	135
8.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEI FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA TRACCIATI RECORD FILE D, FILE F E CONSUMI OSPEDALIERI FARMACI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	137
8.1	Paragrafo 4.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci	137
8.1.1	Tracciato Campo - Prezzo Acquisto	137
8.2	Paragrafo 5.1 – Schede Analitiche	137
8.2.1	Campo 111.0 – Costo del Servizio	137
8.3	Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)	138
8.3.1	Controllo L04 – Congruenza tra data di nascita e data prestazione	138
8.3.2	Controllo L13 – Congruenza anonimato	138
8.3.3	Controllo L20 - Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome	138
8.3.4	Controllo L74 - Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.	138
8.3.5	Controllo LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto	139
8.3.6	Controllo LB3 - Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 04, 05 , 09 o 25 e codice regione 010.	140
8.3.7	Controllo LB5 - Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket	140
8.3.8	Controllo LE8 - Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto.	140
8.3.9	Controllo LF8 - Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco	140
8.4	Paragrafo 9 -TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	141
8.4.1	Tabella a supporto del Controllo LF8	141
9.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SDO (Sistema dei controlli e della tariffazione)” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	143
9.1	Note alla versione	144
9.2	Aggiornata la tabella Istituti pubblici	145
9.3	Aggiornata la tabella Istituti privati	146
9.4	Gestione delle SDO di RRF	146
9.4.1	par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF	146
9.4.2	par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF	148
9.5	Trasferimento breve	148
9.5.1	par. 2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “Trasferimento breve” da post-acuzie a Pronto Soccorso	148
9.6	Scheda analitica del campo 25.0 Provenienza assistito	149
9.6.1	Campo 25.0 Provenienza assistito (par. 5.2.2 Le schede)	149
9.7	Descrizione del controllo L87	151
9.8	Modificate le schede dei campi	152
9.8.1	Campi 44.1 – Data Altro intervento o procedura 1; 45.1 – Data Altro intervento o procedura 2;	
	46.1 – Data Altro intervento o procedura 3; 47.1 – Data Altro intervento o procedura 4; 48.1 – Data Altro	

intervento o procedura 5 (par. 5.2.2 Le schede)	152
9.8.2 Campi 44.2 – Codice Altro intervento o procedura 1; 45.2 – Codice Altro intervento o procedura 2; 46.2 – Codice Altro intervento o procedura 3; 47.2 – Codice Altro intervento o procedura 4; 48.2 – Codice Altro intervento o procedura 5 (par. 5.2.2 Le schede)	154
9.9 Modificati i controlli L23 e L80	155
9.9.1 Controllo L23	155
9.9.2 Controllo L80	156
9.10 Modificata la descrizione del controllo S05	156
9.11 Modificata la descrizione del controllo S14	156
9.12 Aggiornati riferimenti normativi	156
9.12.1 par. 2.2 Riferimenti normativi	156
9.13 Controlli Automatici di III livello	161
9.13.1 par. 3.4 Controlli Automatici di III livello	161
9.14 Modificata la segnalazione S11	162
9.15 Inserito nuovo controllo LD1	162
9.15.1 Controllo LD1	162
9.15.1 Campo 26.0 Tipo ricovero ordinario (par. 5.2.2 Le schede)	162
9.16 Eliminata la parola BAR/TS	163
9.17 Inserito nuovo controllo LD2	163
9.17.1 Controllo LD2	163
9.17.2 Campo 34.1 Data dimissione (par. 5.2.2 Le schede)	163
9.18 Aggiornato il paragrafo Tracciato “Dati clinici”	164

1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo del presente documento è quello dettagliare puntualmente tutte le variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.

2. ELENCOELEMENTI DEL“DISCIPLINARE TECNICO DMRP – FLUSSI DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni;
- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;
- Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio versione 1.7 del 2 ottobre 2013 delle specifiche funzionali e del DM del 23 dicembre 2013 da parte del Ministero della Salute nonché della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell’Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- Aggiornato capitolo Contesto di riferimento; aggiunti paragrafi Ambito di rilevazione, Oggetto della rilevazione, Strutture di rilevazione, Identificazione dei dispositivi medici;
- Aggiornato paragrafo Calendario degli invii;
- Inserito paragrafo Monitoraggio degli invii;
- Campo 01.0: inserite note su valori ammessi, corretto refuso su applicazione controllo L02, applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e Precisazioni;
- Campi 04.0: applicato nuovo controllo L15;
- Campo 05.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicato nuovo controllo L16, applicate nuove segnalazioni S02, S03, S04; aggiornate Descrizione campo, Tabelle di riferimento, Osservazioni e precisazioni;
- Campi 06.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicate nuove segnalazioni S02, S03, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 07.0: applicato nuovo controllo L16, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 09.1, 09.2, 18.0: applicato nuovo controllo N07;
- Campo 10.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 11.0, 33.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 12.0, 13.0, 17.0, 21.0, 27.0, 29.0, 30.0, 31.0, 32.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 15.0, 16.0: applicato nuovo controllo L15, applicata nuova segnalazione S05, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 34.0: corretta descrizione campo;
- Controllo L05: aggiornate prescrizioni controllo e sospensione transitoria applicazione controllo;
- Controllo L14: aggiornata denominazione controllo;
- Controlli L15, L16, N07: nuovo inserimento;
- Segnalazioni S02, S03, S04, S05: nuovo inserimento.

2.1 Cronologia variazioni

VERSIONE ATTUALE			VERSIONE AGGIORNATA	
VERSIONE	DATA	VARIAZIONE	DATA	VARIAZIONE
V04	08/12/12	- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornati Riferimenti normativi (aggiornata voce [D4] ed inserita voce [D9], in seguito a rilascio versione 1.6 bozza delle specifiche funzionali da parte del	14/05/14	- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio versione 1.7 del 2 ottobre 2013 delle specifiche funzionali e del DM del 23 dicembre 2013 da parte del Ministero della

**Allegato 1: Variazioni alla documentazione
tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30
dicembre 2013**

Pag. 10 di 164

	<p>Ministero della Salute il 5 novembre 2012);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornato Calendario degli invii; - Tabelle di transcodifica: aggiunto codice regionale 08 (“Procedura aperta”); - Campo 01.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; applicati controlli L04, L05, L14, N01, N03, N05, N06, nuova segnalazione S01; - Campo 03.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione, aggiornate condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), osservazioni e precisazioni; applicato controllo N05 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi; - Campo 04.0: applicati controlli N03, N05, N06; - Campo 05.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate descrizione campo, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni, applicati controlli L02, L04, L05, N01, N03, N05, segnalazione S01; - Campo 06.0: inserito in chiave univoca di identificazione, applicati controlli L05, N01, N03, N05, segnalazione S01; - Campi 07.0, 08.0: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli N01, N03, N05, segnalazione S01; - Campi 09.1, 09.2: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L06, L07, N01, N03, N05, segnalazione S01; - Campo 10.0: inserito in chiave univoca di 	<p>Salute nonché della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell’Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornato capitolo Contesto di riferimento; aggiunti paragrafi Ambito di rilevazione, Oggetto della rilevazione, Strutture di rilevazione, Identificazione dei dispositivi medici; - Aggiornato paragrafo Calendario degli invii; - Inserito paragrafo Monitoraggio degli invii; - Campo 01.0: inserite note su valori ammessi, corretto refuso su applicazione controllo L02, applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Campi 04.0: applicato nuovo controllo L15; - Campo 05.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicato nuovo controllo L16, applicate nuove segnalazioni S02, S03, S04; aggiornate Descrizione campo, Tabelle di riferimento, Osservazioni e precisazioni; - Campi 06.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicate nuove segnalazioni S02, S03; - Campo 07.0: applicato nuovo controllo L16, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campi 09.1, 09.2, 18.0: applicato nuovo controllo N07; - Campo 10.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campi 11.0, 16.0, 33.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campi 12.0, 13.0, 21.0, 27.0, 29.0, 30.0, 31.0, 32.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 15.0: applicato nuovo controllo L15, applicata nuova segnalazione S05, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 34.0: corretta descrizione campo; - Controllo L05: aggiornate prescrizioni controllo e sospensione transitoria applicazione controllo; - Controllo L14: aggiornata denominazione controllo; - Controlli L15, L16, N07: nuovo inserimento; - Segnalazioni S02, S03, S04, S05: nuovo inserimento.
		<p>08/12/12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornati Riferimenti normativi

	<p>chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 11.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campi 12.0, 13.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 14.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione e aggiornata condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), applicato controllo N06 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi;</p> <p>- Campo 15.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 16.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, lista valori ammessi, applicati controlli L08, L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 18.0: applicati nuovi controlli L09, L10;</p> <p>- Campi 19.0, 21.0, 22.0, 29.0: aggiornate osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 20.0: aggiornate lista valori ammessi, legenda dei codici in osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 23.0: aggiornata lista valori ammessi, applicato nuovo controllo L11;</p> <p>- Campo 24.0: aggiornate</p>	<p>(aggiornata voce [D4] ed inserita voce [D7], in seguito a rilascio versione 1.6 bozza delle specifiche funzionali da parte del Ministero della Salute il 5 novembre 2012);</p> <p>- Aggiornato Calendario degli invii;</p> <p>- Tabelle di transcodifica: aggiunto codice regionale 08 (“Procedura aperta”);</p> <p>- Campo 01.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; applicati controlli L04, L05, L14, N01, N03, N05, N06, nuova segnalazione S01;</p> <p>- Campo 03.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione, aggiornate condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), osservazioni e precisazioni; applicato controllo N05 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi;</p> <p>- Campo 04.0: applicati controlli N03, N05, N06;</p> <p>- Campo 05.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate descrizione campo, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni, applicati controlli L02, L04, L05, N01, N03, N05, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 06.0: inserito in chiave univoca di identificazione, applicati controlli L05, N01, N03, N05, segnalazione S01;</p> <p>- Campi 07.0, 08.0: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli N01, N03, N05, segnalazione S01;</p> <p>- Campi 09.1, 09.2: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L06, L07, N01, N03, N05, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 10.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campo 11.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</p> <p>- Campi 12.0, 13.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 14.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione e aggiornata condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), applicato controllo N06 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi;</p> <p>- Campo 15.0: inserito in chiave univoca di</p>
--	---	---

		<p>descrizione campo, osservazioni e precisazioni, lista valori ammessi; applicato nuovo controllo L12;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 25.0: applicati nuovi controlli L11, L12; - Campo 26.0: aggiornata descrizione campo; applicato nuovo controllo L13; - Campo 27.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 32.0: nuovo inserimento, applicato controllo L08; - Campo 33.0: nuovo inserimento (parte della chiave univoca di identificazione, conformemente alle previsioni delle specifiche funzionali ministeriali); applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01; - Campo 34.0: nuovo inserimento; applicato controllo L13; - Controlli L02, N01, N03: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L04, L05, L06, L07, L08, L09, L10, L11, L12, L13, L14, N05, N06: nuovo inserimento; - Controlli N02, N04: controlli eliminati; - Segnalazione S01: nuovo inserimento. 	<p>identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 16.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, lista valori ammessi, applicati controlli L08, L14, N01, N03, N06, segnalazione S01; - Campo 18.0: applicati nuovi controlli L09, L10; - Campi 19.0, 21.0, 22.0, 29.0: aggiornate osservazioni e precisazioni; - Campo 20.0: aggiornate lista valori ammessi, legenda dei codici in osservazioni e precisazioni; - Campo 23.0: aggiornata lista valori ammessi, applicato nuovo controllo L11; - Campo 24.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni, lista valori ammessi; applicato nuovo controllo L12; - Campo 25.0: applicati nuovi controlli L11, L12; - Campo 26.0: aggiornata descrizione campo; applicato nuovo controllo L13; - Campo 27.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 32.0: nuovo inserimento, applicato controllo L08; - Campo 33.0: nuovo inserimento (parte della chiave univoca di identificazione, conformemente alle previsioni delle specifiche funzionali ministeriali); applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01; - Campo 34.0: nuovo inserimento; applicato controllo L13; - Controlli L02, N01, N03: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L04, L05, L06, L07, L08, L09, L10, L11, L12, L13, L14, N05, N06: nuovo inserimento; - Controlli N02, N04: controlli eliminati; - Segnalazione S01: nuovo inserimento.
V03	03/02/11	<ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni; - Aggiornato riferimento normativo D4 (“Specifiche funzionali dei tracciati”) in seguito a pubblicazione nuove versioni specifiche da parte del Ministero della Salute il 22 ottobre 2010, il 9 dicembre 2010 e il 12 	<p>03/02/11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni; - Aggiornato riferimento normativo D4 (“Specifiche funzionali dei tracciati”) in seguito a pubblicazione nuove versioni specifiche da parte del Ministero della Salute il 22 ottobre 2010, il 9 dicembre 2010 e il 12 gennaio 2011;

	<p>gennaio 2011;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiunto riferimento normativo D7 (“Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”); - Aggiunto riferimento normativo D8 (“Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”); - Inserito capitolo “Tabelle di transcodifica” per tipologie di contratto e forme di negoziazione; - Campo 05.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 11.0: inserita precisazione per la corretta compilazione del campo, in seguito a chiarimento NSIS del 16/12/2010; - Campo 12.0: perfezionata descrizione Costo d'acquisto, ammessi valori negativi, aggiornate precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 14.0: nuova denominazione (“Identificativo scheda”), aggiornata descrizione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 16.0: assume valore pari al CIG (Codice Identificativo Gara), inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 17.0: aggiornata legenda codici tipologie di contratto, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 19.0: incrementata lunghezza campo (da 2 a 3 cifre), ammesso valore 0 nel caso di contratti con forma di negoziazione “Acquisti in economia” (“Cottimo 	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiunto riferimento normativo D7 (“Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”); - Aggiunto riferimento normativo D8 (“Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”); - Inserito capitolo “Tabelle di transcodifica” per tipologie di contratto e forme di negoziazione; - Campo 05.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 11.0: inserita precisazione per la corretta compilazione del campo, in seguito a chiarimento NSIS del 16/12/2010; - Campo 12.0: perfezionata descrizione Costo d'acquisto, ammessi valori negativi, aggiornate precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 14.0: nuova denominazione (“Identificativo scheda”), aggiornata descrizione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 16.0: assume valore pari al CIG (Codice Identificativo Gara), inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 17.0: aggiornata legenda codici tipologie di contratto, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 19.0: incrementata lunghezza campo (da 2 a 3 cifre), ammesso valore 0 nel caso di contratti con forma di negoziazione “Acquisti in economia” (“Cottimo fiduciario”) e aggiunto controllo L03, in seguito ad aggiornamenti normativi del 22/10/2010 e del 9/12/10; - Campo 20.0: aggiornata legenda codici forme di negoziazione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo e aggiunto controllo L03 in seguito ad aggiornamento normativo del 9/12/10; - Campo 24.0: aggiornata descrizione includendo fornitore estero, in seguito ad aggiornamento normativo del 22/10/2010; - Campo 28.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Controllo L02: corretto refuso su codice struttura. <p>- Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni;</p> <p>- Campo 05.0: inserita precisazione relativa ai valori ammessi, con riferimento alla</p>
--	---	---

**Allegato 1: Variazioni alla documentazione
tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30
dicembre 2013**

Pag. 14 di 164

	<p>economia” (“Cottimo fiduciario”) e aggiunto controllo L03, in seguito ad aggiornamenti normativi del 22/10/2010 e del 9/12/10;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 20.0: aggiornata legenda codici forme di negoziazione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo e aggiunto controllo L03 in seguito ad aggiornamento normativo del 9/12/10; - Campo 24.0: aggiornata descrizione includendo fornitore estero, in seguito ad aggiornamento normativo del 22/10/2010; - Campo 28.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Controllo L02: corretto refuso su codice struttura. 	<p>partecipazione eventuale di Regione Piemonte alla sperimentazione inerente alla raccolta del dato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 06.0: inserita precisazione relativa al valore atteso; - Campo 07.0: eliminata applicazione controllo L02; - Campi 08.0, 09.1: eliminato controllo L01; - Campo 11.0: inserita precisazione relativa al dato da estrarre dal Repertorio nazionale dei Dispositivi Medici (RDM); - Campi 29.0, 30.0: adottata valorizzazione uniforme dati dicotomici (1 o 2).
V02	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni; - Campo 05.0: inserita precisazione relativa ai valori ammessi, con riferimento alla partecipazione eventuale di Regione Piemonte alla sperimentazione inerente alla raccolta del dato; - Campo 06.0: inserita precisazione relativa al valore atteso; - Campo 07.0: eliminata applicazione controllo L02; - Campi 08.0, 09.1: eliminato controllo L01; - Campo 11.0: inserita precisazione relativa al dato da estrarre dal Repertorio nazionale dei Dispositivi Medici (RDM); - Campi 29.0, 30.0: adottata valorizzazione uniforme dati dicotomici (1 o 2). 	Versione iniziale del documento.
V01	Versione iniziale del documento.	

2.2 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
A = ALFABETICO	A = ALFABETICO
AN = ALFANUMERICO	AIC = Area Interaziendale di Coordinamento
ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE	AN = ALFANUMERICO
ASN = Anagrafe Strutture saNitarie della Regione Piemonte	AO = AZIENDA OSPDALIERA
ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE	AOU = AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
AO = AZIENDA OSPDALIERA	AS = Azienda Sanitaria
AOU = AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA	ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVCP = Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture	ASN = Anagrafe Strutture saNitarie della Regione Piemonte
B.U.R.P. = Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte	ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE
BD = Banca Dati	AVCP = Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture
C.E. = Conto Economico	B.U.R.P. = Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
CE = Comunità Europea / Conformità Europea	BD = Banca Dati
Cfr. = confronto, <i>confer</i>	C.E. = Conto Economico
CIG = CODICE IDENTIFICATIVO GARA	CE = Comunità Europea / Conformità Europea
CTR = CONTROLLO	Cfr. = confronto, <i>confer</i>
CON = CONDIZIONATO	CIG = CODICE IDENTIFICATIVO GARA
CONSIP= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici	CND = Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
CSM = Centro Salute Mentale	CON = CONDIZIONATO
D = DATA	CONSIP= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici
DD = Determina Dirigenziale	CSM = Centro Salute Mentale
DDL = Disegno di Legge	CTR = CONTROLLO
DGR = Delibera della Giunta Regionale	CUD = Commissione Unica sui Dispositivi medici
DL = Decreto Legge	D = DATA
D.lgs. = DECRETO LEGISLATIVO	DD = Determina Dirigenziale
DM = DECRETO MINISTERIALE	DDL = Disegno di Legge
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	DGR = Delibera della Giunta Regionale
DMRP = DISPOSITIVI MEDICI REGIONE PIEMONTE	DL = Decreto Legge
ESTAV = Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta	D.lgs. = DECRETO LEGISLATIVO
es. = esempio	DM = DECRETO MINISTERIALE / Dispositivi Medici
FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale	DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
G.U. = Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana	DMRP = DISPOSITIVI MEDICI REGIONE PIEMONTE
IRCCS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	EDMA = <i>EuropeanDiagnosticManufacturersAssociation</i>
L. = Legge (nazionale)	ESTAV = Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta
MdS = MINISTERO DELLA SALUTE	es. = esempio
	FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale
	FSN = Fondo Sanitario Nazionale
	FSR = Fondo Sanitario Regionale

<p>MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza</p> <p>n. / num.= numero N = NUMERICO n.a. = non applicabile N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione</p> <p>RDM = REPERTORIO DEI DISPOSITIVI MEDICI RP = Regione Piemonte RSA = Residenza Sanitaria Assistenziale</p> <p>SEE = Spazio Economico Europeo SERT = SERvizi per le Tossicodipendenze SIMOG = SISTEMA INFORMATIVO MONITORAGGIO GARE SISR = Sistema Informativo Sanitario Regionale SOOP = SISTEMA OSSERVATORIO OPERE PUBBLICHE SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SSR = Servizio Sanitario Regionale</p> <p>UE = Unione Europea</p> <p>v. = vedi ver. = versione</p> <p>XML = eXtensible Markup Language XSD = XML Schema Definition</p>	<p>GMDN = <i>Global Medical Device Nomenclature</i> G.U. = Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana</p> <p>IRCCS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IVD = <i>In Vitro Diagnostics</i> (Dispositivi medico-diagnostici in vitro)</p> <p>L. = Legge (nazionale) LEA = Livelli Essenziali di Assistenza</p> <p>MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali) MEDDEV = <i>Medical Devices Vigilance system</i> (Sistema di vigilanza sui dispositivi medici) MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza</p> <p>n. / num.= numero N = NUMERICO n.a. = non applicabile N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione</p> <p>RDM = REPERTORIO DEI DISPOSITIVI MEDICI RP = Regione Piemonte RSA = Residenza Sanitaria Assistenziale</p> <p>SEE = Spazio Economico Europeo SERT = SERvizi per le Tossicodipendenze SIMOG = SISTEMA INFORMATIVO MONITORAGGIO GARE SISR = Sistema Informativo Sanitario Regionale SOOP = SISTEMA OSSERVATORIO OPERE PUBBLICHE SP = Stato Patrimoniale SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SSR = Servizio Sanitario Regionale</p> <p>UE = Unione Europea</p> <p>v. = vedi ver. = versione</p> <p>XML = eXtensible Markup Language XSD = XML Schema Definition</p>
---	---

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 17 di 164
--	---	----------------

2.3 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D9] – D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133", pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 62 del 15 marzo 2000 (per quanto attiene alle "Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria" previste dall'art. 9)
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D10] – DM MdS 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (Indicatori LEA), pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 34 del 9 febbraio 2002.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D11] – Intesa Stato-Regioni 2271 del 23 marzo 2005 concernente gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN (Adempimenti LEA).
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D12] – DM MdS del 5 dicembre 2006 "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie", pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 22 del 27 gennaio 2007.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D13] – Legge 13 agosto 2010, n. 136 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia") concernente l'introduzione dell'obbligo di utilizzo del codice CIG con funzione di tracciabilità finanziaria per tutti i contratti pubblici.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D14] – DM MdS del 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica 'Conto economico' (CE) e 'Stato Patrimoniale' (SP) delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale" che ha aggiornato il DM MdS del 3/11/2007 recante "Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (già Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico)".
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D15] – D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – "Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate".
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D16] – DM MdS del 23 dicembre 2013 – "Nuove modalità per l'iscrizione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nel Repertorio dei dispositivi medici e per gli adempimenti relativi alla registrazione dei fabbricanti e dei mandatari di dispositivi medico-diagnostici in vitro", pubblicato sulla G.U. Serie generale

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 18 di 164
--	---	----------------

	n. 103 del 6 maggio 2014.
--	---------------------------

2.4 Contesto di riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunti capoversi finali:</i></p> <p>Attraverso l’emanazione del DM 11/06/2010 [D6], nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario ministeriale (NSIS) è stata istituita una banca dati per il monitoraggio dei consumi di dispositivi medici utilizzati nelle strutture sanitarie, alimentata attraverso il “Flusso per il monitoraggio dei consumi di dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)”.</p> <p>Il flusso informativo di alimentazione della banca dati nazionale prevede la raccolta di informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • distribuzioni interne (consegne) alle strutture sanitarie di dispositivi medici. • contratti stipulati per l’approvvigionamento di dispositivi medici; <p>I valori riferiti alle distribuzioni interne effettuate sono assunti ai fini della determinazione dei consumi di dispositivi medici. La rilevazione delle informazioni relative alle distribuzioni interne – anziché inerenti agli effettivi consumi – è coerente con la logica prevista dal “Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero”, istituito con DM del 4 febbraio 2009.</p> <p>Scopo della rilevazione dei dati inerenti ai contratti è garantire un livello di informazione che consenta la comparazione, a parità di condizioni, dei prezzi offerti dai diversi fornitori sul territorio nazionale.</p>

2.4.1 Ambito di rilevazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>Ambito di rilevazione</p> <p>Il Flusso informativo regionale rileva le informazioni relative ai contratti di acquisizione e alle distribuzioni di dispositivi medici da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), per ciascun dispositivo medico iscritto nel Sistema Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM).</p> <p>Sono escluse dalla rilevazione le apparecchiature non</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 19 di 164
--	---	----------------

	<p>acquistate direttamente dal SSR ovvero quelle non in carico al SSR.</p> <p>Rientrano, invece, nella rilevazione le apparecchiature in service o noleggio.</p>
--	--

2.4.2 Oggetto della rilevazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>Oggetto della rilevazione Le distribuzioni interne oggetto di rilevazione riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivi medici acquistati dalle strutture di ricovero e distribuiti internamente alle Unità Operative e relativi resi; • Dispositivi medici acquistati dalle ASL o da strutture equiparate e destinati alle strutture del proprio territorio e relativi resi; • Dispositivi medici acquistati dalle ASL o da strutture equiparate e destinate alla distribuzione diretta o per conto. <p>I contratti oggetto di rilevazione sono tutti i contratti stipulati per l'acquisto di dispositivi medici iscritti in RDM, indipendentemente dalla tipologia di contratto e dalla forma di negoziazione utilizzata per l'approvvigionamento.</p>

2.4.3 Strutture di rilevazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>Strutture di rilevazione Le strutture sanitarie direttamente gestite dal SSR coinvolte nella rilevazione dati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strutture di ricovero (Presidi gestiti dalle ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Aziende Ospedaliere Universitarie); • Laboratori, ambulatori e altri tipi di strutture territoriali; • Istituti o centri di riabilitazione; • Istituti penitenziari. <p>Allo scopo di rilevare anche la distribuzione per conto dei dispositivi medici, tra le strutture che possono consegnare dispositivi medici sono previste anche le farmacie. Si assume che le farmacie ospedaliere, le farmacie distrettuali e gli economati – non codificati in modo omogeneo a livello nazionale – siano identificati indirettamente mediante il codice identificativo dell'Azienda Sanitaria di riferimento.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 20 di 164
--	---	----------------

2.4.4 *Identificazione dei Dispositivi Medici*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>Identificazione dei Dispositivi Medici Il Sistema Repertorio Dispositivi Medici (RDM) è costituito dai seguenti archivi anagrafici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Banca Dati (BD): accoglie le informazioni relative ai dispositivi medici immessi in commercio in Italia; • Repertorio: comprende i dispositivi medici per i quali - in seguito a richiesta di iscrizione da parte del fabbricante - sono rese disponibili al Sistema Sanitario Nazionale informazioni di maggior dettaglio. <p>Il sistema attribuisce a ciascun dispositivo registrato un numero di iscrizione in Banca Dati (progressivo univoco), il quale identifica il dispositivo a livello nazionale. Qualora sia stata richiesta l'iscrizione nel Repertorio di un dispositivo registrato in Banca Dati, il suo numero di iscrizione in Banca Dati/Repertorio sarà seguito da "/R".</p> <p>A decorrere dal 5 giugno 2014, data di entrata in vigore del DM MdS del 23 dicembre 2013 [D16], sono rilevati in Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici anche i Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD).</p>

2.5 **Calendario degli invii**

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
------------------	---------------------

CALENDARIO DEGLI INVII

Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerate le seguenti date:

- Tracciato “Consumi: combinazione di “Anno consegna” (09.1) e “Mese consegna” (09.2);
- Tracciato “Contratti”: “Data stipula contratto” (18.0).

Indicativamente, ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.

Secondo il Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010, è previsto l'invio dei dati a NSIS, per fasi, a partire dal primo ottobre 2010:

FASI DI INVIO PREVISTE DAL DECRETO

TRACCIATO		Dal 01/10/2010 al 31/12/2011	Dal 01/01/2012 al 31/12/2012	Dal 01/01/2013
C O N T R A T T I	Forma di negoziazione	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Ambito di valenza del contratto	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Numero di pezzi presenti nella confezione	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Denominazione fornitore	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio

CALENDARIO DEGLI INVII

Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [D15].

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma essi non concorrono al calcolo degli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”, qualora consentito.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerate le seguenti date:

- Tracciato “Consumi: combinazione di “Anno consegna” (09.1) e “Mese consegna” (09.2);
- Tracciato “Contratti”: mese ed anno della “Data stipula contratto” (18.0).

Indicativamente, ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.

Il tracciato contratti, nella formulazione prevista dal presente Disciplinare, avrà validità massima fino al 31 dicembre 2014 [D7].

	Partita IVA del fornitore	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Assistenza specialistica al Personale	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Codice di C.E.	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
C O N S U M I	Tipo struttura utilizzatrice	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio
	Codice struttura utilizzatrice	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio
	Codice unità operativa	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio

Per il tracciato contratti, è previsto l'invio di "dati aggiuntivi", su base volontaria, fino al 31 dicembre 2012. Viene resa pertanto non obbligatoria la compilazione dei seguenti campi:

Forma di negoziazione
Ambito di valenza del contratto
Numero di pezzi presenti nella confezione minima
Denominazione fornitore
Partita IVA del fornitore
Assistenza specialistica al Personale
Codice di conto economico.

Per il tracciato dei consumi è invece previsto, fino al 31 dicembre 2011, l'invio di un minor dettaglio di informazioni relativo alle strutture di destinazione, consentendo la valorizzazione dei campi tipo struttura, codice struttura e codice unità operativa come di seguito indicato:

Campi aggiuntivi fino al 31/12/2011	Valorizzazione se non presente	Note
Tipo struttura	'00'	Per Regione Piemonte ricavabile dal codice Centro di Costo
Codice struttura	'00000000'	

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 23 di 164
--	---	----------------

utilizzatrice			
Codice Unità operativa	'00'	Per Regione Piemonte ricavabile dal codice Centro di Costo	

2.6 Monitoraggio degli invii

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>MONITORAGGIO DEGLI INVII</p> <p>Il conferimento dei dati relativi ai dispositivi medici, con esclusione dei dati relativi ai contratti, integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA) [D9, D10, D11]. Rientrano tra i criteri di monitoraggio per la valutazione dell'adempienza regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trasmissioni dei dati riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre; • trasmissioni dei dati riferite a tutte le aziende sanitarie della Regione tenute all'invio dei flussi DM; • puntuale invio dei dati come da calendario regionale [D15]; • coerenza degli importi dei consumi rilevati attraverso il flusso Consumi DM rispetto agli importi della spesa per dispositivi medici rilevati da Modello CE; • corretta attribuzione dei consumi di dispositivi medici al codice della struttura in cui è avvenuto il consumo.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 24 di 164
--	---	----------------

	Ulteriori indicatori di monitoraggio potranno essere eventualmente introdotti in ambito ministeriale o regionale.
--	---

2.7 Tracciato “CONTRATTI”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto nota a piè di pagina</i>
	² Il tracciato Contratti, nella versione dal presente Disciplinare, avrà validità massima fino al 31 dicembre 2014 [D7]

2.8 SCHEDE ANALITICHE

2.8.1 Scheda 01.0: Codice Azienda Sanitaria inviante

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice struttura utilizzatrice.</p> <p>L05 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente.</p> <p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.</p> <p>N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.</p> <p>N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p> <p>S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice struttura utilizzatrice.</p> <p>L02 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente.</p> <p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.</p> <p>L15 – Congruenza tra progressivi di riga.</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.</p> <p>N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.</p> <p>N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p> <p>S01 – Invio in extracompetenza.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per il tracciato “CONS” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura utilizzatrice” (05.0);).</p> <p>Per il tracciato “CONT” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura contraente nel contratto di acquisto del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura contraente” (15.0).</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per il tracciato “CONS” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura utilizzatrice” (05.0);).</p> <p>Il codice inserito deve essere valido al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.</p> <p>Nel caso in cui l'acquisto di dispositivi medici sia destinato a strutture private, è necessario valorizzare il campo “Codice Struttura utilizzatrice” (05.0) con il codice identificativo della struttura privata utilizzatrice ed inserire nel campo “Codice Azienda Sanitaria inviante” il codice dell'Azienda sanitaria che ha provveduto all'acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 25 di 164
---	----------------

	<p>Conto Economico o Stato Patrimoniale.</p> <p>Per il tracciato “CONT” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura contraente nel contratto di acquisto del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura contraente” (15.0).</p> <p>Il codice inserito deve essere valido alla data di stipula del contratto (18.0).</p>
--	--

2.8.2 Scheda 04.0: Tipo movimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L15 – Congruenza tra progressivi di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p>

2.8.3 Scheda 05.0: Codice Struttura utilizzatrice

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Codice HSP11, HSP11bis, STS11, RIA11, FLS11, Codice ministeriale dell'Istituto penitenziario della Struttura utilizzatrice.</p>	<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Codice struttura di ricovero, farmacia, istituto o centro di riabilitazione, istituto penitenziario o altra struttura sanitaria utilizzatrice.</p>
<p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle dei codici HSP11, HSP11bis, STS11, RIA11, FLS11, Codici ministeriali degli Istituti penitenziari.</p>	<p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle dei codici HSP11bis (v. Osservazioni e Precisazioni), STS11, RIA11, FLS11, Codici ministeriali delle Farmacie e degli Istituti penitenziari.</p>
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente. L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura utilizzatrice. L05 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente. L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura utilizzatrice. L05 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo . L16 – Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale. S03 – Incongruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo. S04 - Codice Struttura utilizzatrice non presente in</p>

	anagrafe ministeriale.
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Deve essere indicato il Codice della Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico (non di quella titolare dell'acquisto):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura di ricovero: HSP11, HSP11bis; - Altra struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio, SERT, RSA, CSM, Struttura residenziale o semiresidenziale o altro tipo di struttura): STS11; - Istituto o centro di riabilitazione: RIA11; - Istituto penitenziario: codice assegnato dal Ministero; - ASL o struttura equiparata: FLS11. <p>Nell'eventualità che Regione Piemonte non aderisca alla sperimentazione inerente alla raccolta del dato, nel periodo che va dal primo ottobre 2010 al 31 dicembre 2012, il campo può assumere il valore "00000000".</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il codice inserito deve essere valido al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.</p> <p>Deve essere indicato il Codice della Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico (non di quella titolare dell'acquisto):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura di ricovero: codice HSP11bis di otto cifre*; - Altra struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio, SERT, RSA, CSM, Struttura residenziale o semiresidenziale o altro tipo di struttura): STS11; - Farmacie territoriali convenzionate: codice assegnato dal Ministero; - Istituto o centro di riabilitazione: RIA11 (ex DM 5 dicembre 2006) [D12]; - Istituto penitenziario: codice assegnato dal Ministero; - ASL o struttura equiparata: FLS11. <p>* Al fine di semplificare la rilevazione degli istituti non organizzati in molteplici strutture, la compilazione del campo è effettuata aggiungendo il suffisso "00" al codice HSP11 di sei cifre, qualora trattasi effettivamente di istituti di ricovero privi di substrutture organizzative).</p> <p>In caso di acquisti centralizzati a livello regionale (ad es., la Regione, un'ASL o una struttura equiparata acquista per conto di tutte le ASL del territorio), nei campi previsti per l'individuazione della struttura utilizzatrice deve essere indicata l'Azienda Sanitaria di riferimento della struttura in cui avviene la movimentazione e non quella titolare dell'acquisto.</p> <p>Qualora si tratti di struttura di ricovero (identificata da un codice HSP11 alias HSP11bis), deve essere altresì compilato il campo Centro di Costo con un codice centro di costo corrispondente alla struttura indicata.</p> <p>Strutture quali ambulatori, laboratori e altre unità operative che erogano attività sanitaria – ad esclusione delle attività di ricovero – seppur interne a strutture di ricovero devono essere identificate tramite codice STS11.</p> <p>Nel caso in cui l'acquisto di dispositivi medici sia destinato a strutture private, è necessario inserire il codice identificativo della struttura privata utilizzatrice e valorizzare il campo "Codice Azienda Sanitaria inviante"</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 27 di 164
---	----------------

	<p>(01.0) con il codice dell'Azienda sanitaria che ha provveduto all'acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di CE o SP.</p> <p>La lista dei codici identificativi delle Farmacie territoriali convenzionate e degli Istituti penitenziari validati dal Sistema di Monitoraggio regionale è pubblicata sul portale Sistema Piemonte (http://www.sistemapiemonte.it): servizio "Flussi informativi regionali" dell'area "Sanità" => pagina "Nuovi flussi". Si assume che le farmacie ospedaliere, le farmacie distrettuali e gli economati – non codificati in modo omogeneo a livello nazionale – siano identificati indirettamente mediante il codice identificativo dell'Azienda Sanitaria di riferimento.</p>
--	---

2.8.4 Scheda 06.0: Centro di Costo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Centri di Costo definiti nell'ambito dell'Anagrafe delle Strutture Sanitarie.</p>	<p>VALORI AMMESSI: Codice Centro di Costo oppure 0000000000 (v. Osservazioni e Precisazioni).</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Centri di Costo definiti nell'ambito dell'Anagrafe delle Strutture Sanitarie della Regione Piemonte (ASN); Codici UOF (disciplina + progressivo divisione) da modello HSP12 [D12] relativo alle rilevazioni FIM.</p>
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L05 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L05 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo⁹. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale. S03 – Incongruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo.</p> <p style="text-align: center;"><i>Aggiunta nota a piè di pagina</i></p> <p>⁹ L'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione sono state attivate le segnalazioni S02 e S03, al fine di evidenziare la compilazione impropria del campo "Centro di Costo" pur non comportando lo scarto del record affetto da tale incongruenza.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il Codice Centro di Costo deve essere relativo alla</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il codice Centro di costo inserito deve corrispondere ad</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 28 di 164
--	---	----------------

Struttura utilizzatrice indicata.	<p>un codice associato al Flusso DMRP nell'Anagrafe delle Strutture sanitarie regionali (ASN).</p> <p>In caso di struttura utilizzatrice di ricovero – identificata con Codice Struttura utilizzatrice (05.0) HSP11 alias HSP11bis – il campo dev'essere valorizzato con un codice di centro di costo relativo a tale struttura. L'associazione avviene attraverso l'individuazione del codice della struttura utilizzatrice di appartenenza (HSP11 alias HSP11bis) e del codice del reparto/unità operativa (codice Unità Operativa Funzionale composto da Codice disciplina e relativo progressivo divisione).</p> <p>Per strutture diverse da quelle di ricovero, il campo può essere valorizzato con 0000000000.</p>
-----------------------------------	--

2.8.5 Scheda 07.0: Tipo destinazione utilizzo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L16 – Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p style="text-align: center;"><i>n.a.</i></p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p style="text-align: center;"><i>Aggiunto ultimo capoverso</i></p> <p>Per coerenza con quanto previsto nell'ambito dei flussi farmaceutici, si assume che le consegne di dispositivi medici nell'ambito di RSA e altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT, istituti penitenziari e CSM siano sempre classificate con Tipo destinazione utilizzo "D" (distribuzione diretta). Analogamente, se la struttura utilizzatrice è una farmacia, il tipo destinazione di utilizzo deve essere posto pari a "P" (distribuzione per conto).</p>

2.8.6 Scheda 09.1: Anno consegna

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza tra "Anno consegna", "Mese consegna" e data di avvio del flusso. L07 – Congruenza tra "Anno consegna", "Mese consegna" e data corrente. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza tra "Anno consegna", "Mese consegna" e data di avvio del flusso. L07 – Congruenza tra "Anno consegna", "Mese consegna" e data corrente. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 29 di 164
---	----------------

S01 – Invio in extracompetenza.	N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. S01 – Invio in extracompetenza.
---------------------------------	---

2.8.7 Scheda 09.2: Mese consegna

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data di avvio del flusso. L07 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data corrente. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data di avvio del flusso. L07 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data corrente. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. S01 – Invio in extracompetenza.

2.8.8 Scheda 10.0: Tipo dispositivo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.	CONTROLLI APPLICATI L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. L15 – Congruenza tra progressivi di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI CAMPO CHIAVE LEGENDA CODICI: 1 = Dispositivo Medico di classe 2 = Dispositivo Medico Assemblato.	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI CAMPO CHIAVE LEGENDA CODICI: 1 = Dispositivo Medico di classe 2 = Dispositivo Medico Assemblato. Per la rilevazione degli IVD (Dispositivi medico-diagnostici in vitro), è necessario valorizzare il campo con “1” (Dispositivo Medico di classe).

2.8.9 Scheda 11.0: Codice identificativo Dispositivo Medico

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 30 di 164
--	---	----------------

<p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. L15 – Congruenza tra progressivi di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'elenco ministeriale dei Dispositivi Medici disponibile dal 13 dicembre 2010 include dispositivi iscritti (con suffisso /R) e non iscritti (privi di suffisso /R): il valore da inserire è il solo codice numerico. Non sono oggetto di rilevazione eventuali dispositivi non inclusi in tale elenco.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Tracciato “CONS”: l’inizio della validità del codice inserito deve essersi verificato in data non successiva al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.</p> <p>Tracciato “CONT”: il codice inserito deve essere valido alla data di stipula del contratto (18.0).</p> <p>La lista dei codici validati dal Sistema di Monitoraggio regionale è pubblicata sul portale Sistema Piemonte (http://www.sistemapiemonte.it): servizio “Flussi informativi regionali” dell’area “Sanità” => pagina “Nuovi flussi”.</p> <p>Dal 13 dicembre 2010, il Sistema RDM include dispositivi iscritti in Repertorio (il cui codice presenta il suffisso “/R”) e dispositivi non iscritti (privi del suffisso “/R”): il valore da riportare nel campo è il solo codice numerico (ad es., se l’Identificativo di iscrizione al Repertorio risulta “123456/R”, il campo dovrà essere valorizzato con “123456”).</p> <p>Non sono oggetto di rilevazione eventuali dispositivi non censiti in Banca Dati/Repertorio dei Dispositivi medici.</p> <p>Uno stesso contratto può prevedere l’acquisto di più dispositivi medici, ciascuno dei quali dotato di un proprio codice identificativo di iscrizione al Repertorio.</p>

2.8.10 Scheda 12.0: Costo d’acquisto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto ultimo capoverso</i>
	In caso di assenza di costo di acquisto, il campo dev’essere valorizzato con “0.00”.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 31 di 164
--	---	----------------

--	--

2.8.11 Scheda 13.0: *Quantità distribuita*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Il flusso mira a rilevare le informazioni relative alla quantità di singole unità distribuite.</p> <p>Sono ammessi valori negativi, utilizzando il segno meno “-” prima del valore, nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Il flusso mira a rilevare le informazioni relative alla quantità di singole unità distribuite (ad es., numero di siringhe nel caso di scatole di siringhe, numero di chili per materiale acquistato a peso, ecc.).</p> <p>Sono ammessi valori negativi, utilizzando il segno meno “-” prima del valore, nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne.</p>

2.8.12 Scheda 15.0: *Codice Struttura contraente*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza tra Codice Azienda inviante e Codice struttura contraente.</p> <p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.</p> <p>N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.</p> <p>N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p> <p>S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza tra Codice Azienda inviante e Codice struttura contraente.</p> <p>L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.</p> <p>L15 – Congruenza tra progressivi di riga.</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.</p> <p>N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.</p> <p>N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.</p> <p>S01 – Invio in extracompetenza.</p> <p>S05 – Codice Struttura contraente non presente in anagrafe ministeriale.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS.11 (ASL, ESTAV).</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il codice inserito deve essere valido alla data di stipula del contratto (18.0).</p> <p>Per AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS11 (ASL, ESTAV).</p> <p>Nel caso in cui l’acquisto di dispositivi medici da parte del SSR sia destinato a strutture private, il campo dev’essere valorizzato con il codice dell’Azienda Sanitaria che ha provveduto all’acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di Conto Economico o Stato Patrimoniale.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 32 di 164
--	---	----------------

2.8.13 Scheda 16.0: Identificativo contratto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L08 – Congruenza tra Identificativo contratto e Codice CIG. L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L02 – Congruenza tra Codice Azienda inviante e Codice struttura contraente. L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga. L15 – Congruenza tra progressivi di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza. S05 – Codice Struttura contraente non presente in anagrafe ministeriale.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il codice da utilizzare per identificare il contratto oggetto di rilevazione è il CIG (Codice Identificativo Gara) assegnato in ambito SIMOG (Sistema Informativo di Monitoraggio delle Gare), obbligatorio per le procedure di gara di importo pari o superiore a € 500,00 IVA esclusa.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Il codice da utilizzare per identificare il contratto oggetto di rilevazione è il CIG (Codice Identificativo Gara) assegnato in ambito SIMOG (Sistema Informativo di Monitoraggio delle Gare), obbligatorio per le procedure di gara di importo pari o superiore a € 500,00 IVA esclusa.</p> <p>Il codice CIG potrà consentire l'integrazione del flusso Consumi con i dati rilevati dall'Autorità per la Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP), attraverso la Banca dati dei contratti pubblici. L'obbligo di utilizzo del codice CIG è stato istituito per tutti i contratti stipulati dall'entrata in vigore della legge 136/2010 [D13].</p>

2.8.14 Scheda 17.0: Tipologia di contratto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>01 = acquisto 02 = misto 03 = leasing 04 = noleggio 05 = acquisto a riscatto</p> <p>In attesa che in ambito NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale) siano recepite le tipologie previste dal Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 163/2006 – “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”), il tracciato rileva le sole voci previste dalla</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>01 = acquisto 02 = misto 03 = leasing 04 = noleggio 05 = acquisto a riscatto</p> <p>In attesa che in ambito NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale) siano recepite le tipologie previste dal Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 163/2006 – “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”) [D8], il tracciato rileva le sole voci previste</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 33 di 164
--	---	----------------

piattaforma regionale SOOP (Sistema Osservatorio Opere Pubbliche) e dal SIMOG.	dalla piattaforma regionale SOOP (Sistema Osservatorio Opere Pubbliche) e dal SIMOG.
--	--

2.8.15 Scheda 18.0: Data stipula contratto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L09 – Congruenza tra Data stipula contratto e data di avvio del flusso. L10 – Congruenza tra Data stipula contratto e data corrente.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L09 – Congruenza tra Data stipula contratto e data di avvio del flusso. L10 – Congruenza tra Data stipula contratto e data corrente. N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.</p>

2.8.16 Scheda 21.0: Ambito di valenza contratto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Ambito di valenza del contratto:</p> <p>1 = Nazionale 2 = Regionale 3 = Sovraziendale o Consortile 4 = Aziendale.</p> <p>In caso di adesione a convenzioni CONSIP, la valenza sarà “Nazionale” (codice 1); in tutti gli altri casi, dovrà essere indicato il relativo ambito di valenza (“Regionale”, “Sovraziendale o consortile”, “Aziendale”).</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Ambito di valenza del contratto:</p> <p>1 = Nazionale 2 = Regionale 3 = Sovraziendale o Consortile 4 = Aziendale.</p> <p>In caso di adesione a convenzioni CONSIP, la valenza sarà “Nazionale” (codice 1); in tutti gli altri casi, dovrà essere indicato il relativo ambito di valenza (“Regionale”, “Sovraziendale o consortile”, “Aziendale”). Nel caso di contratti stipulati dalle Centrale Acquisti regionale è necessario indicare l’ambito di valenza “Regionale”.</p>

2.8.17 Scheda 27.0: Prezzo unitario aggiudicato

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Dev’essere indicato il Prezzo (IVA esclusa).</p> <p>Se la tipologia di contratto è “acquisto” o “misto” (17.0), il prezzo unitario corrisponde al costo di acquisto di un pezzo o – solo nel caso di “sfusi” – di una confezione di quantitativo pari a quanto indicato nel campo “Pezzi per confezione” (22.0).</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Dev’essere indicato il Prezzo unitario contrattualizzato (IVA esclusa) sostenuto per l’acquisto della singola unità, comprensivo di eventuali servizi aggiuntivi.</p> <p>Il prezzo dev’essere fornito al netto di eventuali sconti: se i dispositivi medici sono forniti in sconto merce a fronte di acquisti dello stesso dispositivo, rilevare un unico dispositivo medico ed indicare come prezzo unitario di aggiudicazione il prezzo medio (ad es., se nella redazione di un contratto si definisce che l’Azienda sanitaria acquista 1.000 pacemaker al prezzo di € 3.000 e che ogni 10 acquistati ne siano ceduti 2 in omaggio, si considererà</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 34 di 164
--	---	----------------

	<p>1.200 quale numero totale di pacemaker acquisiti (= 1.000 + 2*1.000/10) al costo unitario di € 2.500 (= 3.000*1.000/1.200).</p> <p>Se la tipologia di contratto è “acquisto” o “misto” (17.0), il prezzo unitario corrisponde al costo di acquisto di un pezzo o – solo nel caso di “sfusi” – di una confezione di quantitativo pari a quanto indicato nel campo “Pezzi per confezione” (22.0).</p>
--	--

2.8.18 Scheda 29.0: Assistenza specialistica al personale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Indica la presenza di “Servizi accessori” che possono influire sul prezzo di acquisto del Dispositivo Medico, quali, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento tecnologico; • assistenza specialistica al personale (ad es., formazione); • trasporto (al domicilio, nella sede di utilizzo); • forme di confezionamento che possono favorire l’organizzazione locale; • altro. <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = Assistenza specialistica compresa 2 = Assistenza specialistica non compresa.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Indica la presenza di “Servizi accessori”, quali la formazione, che possono influire sul prezzo di acquisto del Dispositivo Medico.</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = Assistenza specialistica compresa 2 = Assistenza specialistica non compresa.</p>

2.8.19 Scheda 30.0: Conto deposito

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = Conto deposito compreso; 2 = Conto deposito non compreso.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = Conto deposito compreso; 2 = Conto deposito non compreso.</p> <p>Il campo dev’essere valorizzato con “1” soltanto se il servizio di conto deposito è compreso nel prezzo di fornitura del dispositivo medico.</p>

2.8.20 Scheda 31.0: Voce di imputazione nel modello C.E.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Il codice inserito deve essere valido alla data di stipula del contratto (18.0).</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 35 di 164
---	----------------

	Deve essere indicata la voce di conto economico nella quale viene imputato il costo del dispositivo medico oggetto del contratto, secondo quanto previsto dal DM MdS del 15/06/2012 [D14].
--	--

2.8.21 Scheda 32.0: Codice CIG

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
	Il codice CIG potrà consentire l'integrazione del flusso Consumi con i dati rilevati dall'Autorità per la Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP), attraverso la Banca dati dei contratti pubblici. L'obbligo di utilizzo del codice CIG è stato istituito per tutti i contratti stipulati dall'entrata in vigore della legge 136/2010 [D13].

2.8.22 Scheda 33.0: Progressivo di riga

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L14 – Congruenza tra Dispositivo Medico e Progressivo di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.	L14 – Congruenza tra Dispositivo Medico e Progressivo di riga. L15 – Congruenza tra progressivi di riga. N01 – Non elaborabile: chiave non trovata. N03 – Non elaborabile: chiave duplicata. N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione. S01 – Invio in extracompetenza.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE	CAMPO CHIAVE
Il progressivo di riga consente di imputare dati diversi (ad es., quantità, ecc.) ad uno stesso numero di repertorio (11.0), nel caso in cui il dispositivo faccia riferimento ad una “notifica multipla”. Qualora i dati associati al dispositivo siano univoci (un solo dispositivo avente un determinato Codice Dispositivo Medico incluso nel contratto), è necessario valorizzare il campo con zero. Qualora – per uno stesso contratto – ad uno stesso Codice Dispositivo Medico fossero associati prezzi, quantità o altri dati differenti, ad ogni riga del contratto riferita al medesimo Codice Dispositivo dev'essere assegnato un Progressivo di Riga incrementale e maggiore di zero (v. esempio). A parità di Prezzo unitario aggiudicato deve essere inserita una sola riga per ogni Dispositivo Medico.	Il progressivo di riga consente di imputare dati diversi (ad es., prezzo, quantità, ecc.) ad uno stesso numero di repertorio (11.0), nel caso in cui il dispositivo faccia riferimento ad una “notifica multipla”. Qualora i dati associati al dispositivo siano univoci (un solo dispositivo avente un determinato Codice Dispositivo Medico incluso nel contratto), è necessario valorizzare il campo con zero. Qualora – per uno stesso contratto – ad uno stesso Codice Dispositivo Medico fossero associati prezzi, quantità o altri dati differenti, ad ogni riga del contratto riferita al medesimo Codice Dispositivo dev'essere assegnato un Progressivo di Riga incrementale e maggiore di zero (v. esempio). A parità di Prezzo unitario aggiudicato deve essere inserita una sola riga per ogni Dispositivo Medico.

Esempio:					Esempio:					
ID Contratto	Tipo Dispositivo Medico	Codice RDM	Progressivo di riga	Prezzo unitario Contratto aggiudicato	Tipo Dispositivo Medico	Quantità aggiudicata	Codice RDM	Progressivo di riga	Prezzo unitario aggiudicato	Qua aggru
ABC123	1	98765	1	€ 10.25	10.00	98765	1	€ 10.25	10	
	1	98765	2	€ 8.15	30.00	98765	2	€ 8.15	30	
	1	98765	3	€ 7.00	50.00	98765	3	€ 7.00	50	
	1	4321	0 206	€ 0.25	140.00	4321	0	€ 0.25	140	
	1	7863	1	€ 1415.30	3.00	7863	1	€ 1415.30	3	
	1	7863	2	€ 1200.95	3.00	7863	2	€ 1200.95	3	
	1	846197	0	€ 173.00	2.00	846197	0	€ 173.00	2	
					<p>Nell'ambito dello stesso contratto, il progressivo di riga può esser valorizzato con zero soltanto qualora non siano state già inviate al Sistema di Monitoraggio regionale molteplici righe relative al medesimo codice identificativo dispositivo medico.</p> <p>Inoltre, qualora sia necessario aggiungere ad un contratto ulteriori righe relative ad uno stesso dispositivo già inviato con medesimo identificativo contratto e progressivo di riga pari a zero, è indispensabile provvedere previamente alla cancellazione del record inerente a tale dispositivo e procedere a nuovo inoltro di righe aventi progressivo maggiore di zero.</p>					

2.8.23 Scheda 34.0: *Quantità contrattualizzata*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Codice identificativo di gara adottato per identificare una gara d'appalto e i relativi pagamenti.</p>	<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Quantità effettivamente aggiudicata dalla struttura sanitaria nel caso di gare sovraziondali, presenza di centrali di acquisto o contrattualizzazioni ripartite.</p>

2.9 Tabella dei controlli

2.9.1 *Controllo L05*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il codice "Centro di Costo" (06.0) inserito dev'essere fra quelli relativi al "Codice Struttura utilizzatrice" (05.0) indicato. 	<p>Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se il "Codice Struttura Utilizzatrice" (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), allora il campo "Centro di Costo" (06.0) deve essere compilato con un codice corrispondente ad un Centro di Costo associato al Flusso DMRP in Anagrafe Strutture (ASN) e ad esso deve risultare abbinato un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute (UOF,

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 37 di 164
--	---	----------------

	<p>codice a quattro cifre composto da Codice disciplina e relativo progressivo).</p> <p style="text-align: center;"><i>Aggiunta nota a piè di pagina</i></p> <p>⁹ L'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione sono state attivate le segnalazione S02 e S03, al fine di evidenziare la compilazione impropria del campo "Centro di Costo" pur non comportando lo scarto del record affetto da tale incongruenza.</p>
--	--

2.9.2 Controllo L14

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se non è presente in archivio o nello stesso file d'invio un record avente medesimi "Codici Azienda inviante" (01.0), "Tipo dispositivo" (10.0), "Codice Dispositivo Medico" (11.0), "Codice struttura contraente" (15.0), "Identificativo contratto" (16.0), allora il campo "Progressivo di riga" (33.0) dev'essere valorizzato a zero. 	<p>Congruenza tra Dispositivo Medico e Progressivo di riga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se non è presente in archivio o nello stesso file d'invio un record avente medesimi "Codici Azienda inviante" (01.0), "Tipo dispositivo" (10.0), "Codice Dispositivo Medico" (11.0), "Codice struttura contraente" (15.0), "Identificativo contratto" (16.0), allora il campo "Progressivo di riga" (33.0) dev'essere valorizzato a zero.

2.9.3 Controllo L15

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	<p>Congruenza tra Progressivi di riga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se "Tipo movimento" è pari a "I" ed è presente in archivio un record avente medesimi "Codici Azienda inviante" (01.0), "Tipo dispositivo" (10.0), "Codice Dispositivo Medico" (11.0), "Codice struttura contraente" (15.0), "Identificativo contratto" (16.0) e "Progressivo di riga" (33.0) valorizzato con "0", il record non può essere acquisito¹⁰. <p style="text-align: center;"><i>Aggiunta nota a piè di pagina</i></p> <p>¹⁰ Nell'ambito dello stesso contratto, il progressivo di riga può essere valorizzato con "0" soltanto qualora non siano già state inviate molteplici righe relative al medesimo codice identificativo dispositivo medico. Qualora sia necessario aggiungere ulteriori righe ad un record avente medesimi codici dispositivo e contratto precedentemente inviato con progressivo di riga pari a zero, è indispensabile provvedere previamente alla cancellazione di tale eventuale record avente progressivo di riga uguale a zero.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 38 di 164
--	---	----------------

2.9.4 Controllo LI6

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se il “Codice Struttura utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una RSA o altra struttura residenziale/semiresidenziale, ad un SERT, ad un istituto penitenziario oppure ad un CSM, allora il campo “Tipo destinazione utilizzo” dev’essere valorizzato con “D” (distribuzione diretta); • Se il Codice Struttura utilizzatrice corrisponde ad una farmacia, allora il campo “Tipo destinazione utilizzo” dev’essere valorizzato con “P” (distribuzione per conto).

2.9.5 Controllo N07

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l’acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non ancora avviata.

2.9.6 Segnalazione S02

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se il “Codice Struttura Utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), vengono segnalati i record per i quali al codice “Centro di Costo” (06.0) inserito non corrisponde un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute.

2.9.7 Segnalazione S03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Incongruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se il “Codice Struttura Utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), vengono segnalati i record per i quali il campo “Centro di Costo” (06.0) non è valorizzato con un codice di Centro di Costo associato al Flusso DMRP in Anagrafe Strutture (ASN).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 39 di 164
--	---	----------------

2.9.8 Segnalazione S04

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Codice Struttura utilizzatrice non presente in anagrafe ministeriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono segnalati i record che includono codici struttura utilizzatrice non ammessi dal Ministero della Salute, in quanto non presenti in anagrafe ministeriale o non validi nel periodo di competenza del dato.

2.9.9 Segnalazione S05

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Codice Struttura contraente non presente in anagrafe ministeriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono segnalati i record che includono codici struttura contraente non ammessi dal Ministero della Salute, in quanto non presenti in anagrafe ministeriale o non validi nel periodo di competenza del dato.

3. ELENCOELEMENTI DEL“DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- mossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; Ri
- giornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; Ag
- giornate Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità; Ag
- giornata paragrafo Il flusso informativo regionale; Ag
- giornata paragrafo Gestione degli Assistiti; Ag
- erito nuovo paragrafo Validità dei codici; Ins
- giornata paragrafo Calendario degli invii; Ag
- erito nuovo paragrafo Monitoraggio degli invii; Ins
- mpo 08.0: inserite Osservazioni e Precisazioni; Ca
- mpi 13.0, 31.0, 32.0, 70.1, 70.2, 70.3: rimossa applicazione controllo N08 eliminato; Ca
- mpo 14.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato, ribadita applicazione controllo L37; Ca
- mpi 20.0, 21.0, 22.0, 23.0, 26.0, 27.0, 29.0, 30.0: applicata segnalazione S06; Ca
- mpo 25.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato; applicata segnalazione S09; Ca
- mpo 28.0: applicata segnalazione S08, rimossa applicazione controllo N08 eliminato; Ca
- mpo 41.0: rimossa applicazione controllo L43 eliminato; Ca
- mpi 54.0, 55.0: applicata segnalazione S07; Ca
- mpo 63.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a OBB), rimossa applicazione controllo L43 eliminato; Co
- ntrolli L16, L17, L22, aggiornata prescrizione controllo; Co
- ntrollo L35: controllo eliminato; Co
- ntrollo L37: migliorata intelligibilità prescrizione controllo; Co
- ntrolli L43, N08: eliminato controllo; Co
- gnalazione S05: migliorata descrizione prescrizione segnalazione; Se

• gnalazioni S06, S07, S08, S09: nuovo inserimento.

Se

3.1 Cronologia variazioni

VERSIONE ATTUALE			VERSIONE AGGIORNATA	
VERSIONE	DATA	VARIAZIONE	DATA	VARIAZIONE
V04	28/11/12	<ul style="list-style-type: none"> - Corretti refusi riferimenti a campo 10.0 in paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Rimossa nota inerente ad obbligatorietà campo 69.0 in paragrafo Gestione delle Missioni; - Campo 13.0: applicato controllo N08; - Campi 20.0, 21.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L13, L51 eliminati; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L49, L51 eliminati; - Campi 29.0, 30.0: aggiornate obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB) ed osservazioni e precisazioni; - Campo 31.0: applicato controllo N08, rimossa applicazione controlli L13, L49 eliminati. - Campi 54.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB); - Campo 69.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB); - Controlli L05, L40, L41: migliorata intelligibilità prescrizioni controlli. - Controlli L07, L08, L09, L10, L11, L12, L14, L15, L18, L21, L26, L46, L47 N08: aggiornate prescrizioni controlli; 	14/05/14	<ul style="list-style-type: none"> - Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità; - Aggiornato paragrafo Il flusso informativo regionale; - Aggiornato paragrafo Gestione degli Assistiti; - Inserito nuovo paragrafo Validità dei codici; - Aggiornato paragrafo Calendario degli invii; - Inserito nuovo paragrafo Monitoraggio degli invii; - Campo 08.0: inserite Osservazioni e Precisazioni; - Campi 13.0, 31.0, 32.0, 70.1, 70.2, 70.3: rimossa applicazione controllo N08 eliminato; - Campo 14.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato, ribadita applicazione controllo L37; - Campi 20.0, 21.0, 22.0, 23.0, 26.0, 27.0, 29.0, 30.0: applicata segnalazione S06; - Campo 25.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato; - Campo 28.0: applicata segnalazione S08, rimossa applicazione controllo N08 eliminato; - Campo 41.0: rimossa applicazione controllo L43 eliminato; - Campi 54.0, 55.0: applicata segnalazione S07; - Campo 63.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a OBB), rimossa applicazione controllo L43 eliminato; - Controlli L16, L17, L22, aggiornata prescrizione controllo; - Controllo L35: controllo eliminato; - Controllo L37: migliorata intelligibilità prescrizione controllo; - Controlli L43, N08: eliminato controllo; - Segnalazione S05: migliorata descrizione

		- Controlli L13, L49, L51: eliminati controlli.		prescrizione segnalazione; - Segnalazioni S06, S07, S08, S09: nuovo inserimento.
V03	13/09/12	- Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornato paragrafo Articolazione Centrali Operative; - Aggiornato paragrafo Gestione delle segnalazioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione delle missioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Campi 01.0, 02.1, 61.0, 62.1, 64.1, 70.1: aggiornati valori ammessi e legenda Centrali Operative; - Campi 02.3, 62.3, 64.3, 70.3: aggiornati valori ammessi; - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione; - Campo 08.0: applicato controllo L22 nella sua nuova formulazione; - Campi 14.0, 15.1, 15.2, 17.0, 25.0, 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 39.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campi 20.0, 21.0: aggiornati obbligatorietà compilazione e osservazioni e precisazioni e applicati controlli L13 nella sua nuova formulazione e L51; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: applicazione nuovo controllo L51; - Campo 28.0: aggiornati valori ammessi e rimossa applicazione controllo L13 (ridondante rispetto a controllo L46); - Campo 31.0: applicato controllo L13 nella sua nuova formulazione;	28/11/12	- Corretti refusi riferimenti a campo 10.0 in paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Rimossa nota inerente ad obbligatorietà campo 69.0 in paragrafo Gestione delle Missioni; - Campo 13.0: applicato controllo N08; - Campi 20.0, 21.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L13, L51 eliminati; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L49, L51 eliminati; - Campi 29.0, 30.0: aggiornate obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB) ed osservazioni e precisazioni; - Campo 31.0: applicato controllo N08, rimossa applicazione controlli L13, L49 eliminati. - Campi 54.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB); - Campo 69.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB); - Controlli L05, L40, L41: migliorata intelligibilità prescrizioni controlli. - Controlli L07, L08, L09, L10, L11, L12, L14, L15, L18, L21, L26, L46, L47 N08: aggiornate prescrizioni controlli; - Controlli L13, L49, L51: eliminati controlli.
	13/09/12	- Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornato paragrafo Articolazione Centrali Operative; - Aggiornato paragrafo Gestione delle segnalazioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione delle missioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Campi 01.0, 02.1, 61.0, 62.1, 64.1, 70.1: aggiornati valori ammessi e legenda Centrali Operative; - Campi 02.3, 62.3, 64.3, 70.3: aggiornati valori ammessi; - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione;	13/09/12	- Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornato paragrafo Articolazione Centrali Operative; - Aggiornato paragrafo Gestione delle segnalazioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione delle missioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Campi 01.0, 02.1, 61.0, 62.1, 64.1, 70.1: aggiornati valori ammessi e legenda Centrali Operative; - Campi 02.3, 62.3, 64.3, 70.3: aggiornati valori ammessi; - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione;

		<ul style="list-style-type: none"> - Campo 46.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 52.0: aggiornati valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 59.0: aggiornati obbligatorietà compilazione, valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 67.0: aggiornata obbligatorietà compilazione; - Controlli L13, L22, L27, L28, L46, L49, N04, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L51: nuovo inserimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione; - Campo 08.0: applicato controllo L22 nella sua nuova formulazione; - Campi 14.0, 15.1, 15.2, 17.0, 25.0, 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 39.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campi 20.0, 21.0: aggiornati obbligatorietà compilazione e osservazioni e precisazioni e applicati controlli L13 nella sua nuova formulazione e L51; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: applicazione nuovo controllo L51; - Campo 28.0: aggiornati valori ammessi e rimossa applicazione controllo L13 (ridondante rispetto a controllo L46); - Campo 31.0: applicato controllo L13 nella sua nuova formulazione; - Campo 46.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 52.0: aggiornati valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 59.0: aggiornati obbligatorietà compilazione, valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 67.0: aggiornata obbligatorietà compilazione; - Controlli L13, L22, L27, L28, L46, L49, N04, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L51: nuovo inserimento.
V02	24/04/12	<ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Inserite modalità gestione accorpamenti Centrali Operative; - Inserito paragrafo "Il flusso informativo regionale"; - Aggiornata modalità codifica segnalazioni in paragrafo Gestione segnalazioni; - Aggiornata modalità codifica interventi in paragrafo Gestione degli Interventi; - Inserito paragrafo Gestione delle Missioni; - Inserito paragrafo Gestione degli Assistiti; - Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati; - Aggiornato allegato Tracciati; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Intervento; - Rimossa sezione Trattamento Assistito Soccorso da Tracciato Intervento e attribuita a 	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione; - Campo 08.0: applicato controllo L22 nella sua nuova formulazione; - Campi 14.0, 15.1, 15.2, 17.0, 25.0, 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 39.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campi 20.0, 21.0: aggiornati obbligatorietà compilazione e osservazioni e precisazioni e applicati controlli L13 nella sua nuova formulazione e L51; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: applicazione nuovo controllo L51; - Campo 28.0: aggiornati valori ammessi e rimossa applicazione controllo L13 (ridondante rispetto a controllo L46); - Campo 31.0: applicato controllo L13 nella sua nuova formulazione; - Campo 46.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 52.0: aggiornati valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 59.0: aggiornati obbligatorietà compilazione, valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 67.0: aggiornata obbligatorietà compilazione; - Controlli L13, L22, L27, L28, L46, L49, N04, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L51: nuovo inserimento.
	24/04/12	<ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Inserite modalità gestione accorpamenti Centrali Operative; - Inserito paragrafo "Il flusso informativo regionale"; - Aggiornata modalità codifica segnalazioni in paragrafo Gestione segnalazioni; - Aggiornata modalità codifica interventi in paragrafo Gestione degli Interventi; - Inserito paragrafo Gestione delle Missioni; - Inserito paragrafo Gestione degli Assistiti; - Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati; - Aggiornato allegato Tracciati; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Intervento; - Rimossa sezione Trattamento Assistito Soccorso da Tracciato Intervento e attribuita a 	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione; - Campo 08.0: applicato controllo L22 nella sua nuova formulazione; - Campi 14.0, 15.1, 15.2, 17.0, 25.0, 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 39.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campi 20.0, 21.0: aggiornati obbligatorietà compilazione e osservazioni e precisazioni e applicati controlli L13 nella sua nuova formulazione e L51; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: applicazione nuovo controllo L51; - Campo 28.0: aggiornati valori ammessi e rimossa applicazione controllo L13 (ridondante rispetto a controllo L46); - Campo 31.0: applicato controllo L13 nella sua nuova formulazione; - Campo 46.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 52.0: aggiornati valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 59.0: aggiornati obbligatorietà compilazione, valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 67.0: aggiornata obbligatorietà compilazione; - Controlli L13, L22, L27, L28, L46, L49, N04, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L51: nuovo inserimento.

	<p>Tracciato Assistito, in coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rimossi campi inerenti alla Missione e attribuiti a nuovo Tracciato Missione, in coerenza con specifiche ministeriali; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Assistito; - Campo 01.0: aggiornata legenda Centrali Operative; - Campo 02.1: aggiornati controlli applicati e legenda Centrali Operative; - Campo 02.2: aggiornati controlli applicati; - Campo 02.3: aggiornati valori ammessi e controlli applicati; - Campo 03.0: limitato a tracciato Segnalazione, aggiornati controlli applicati; - Campi 05.0, 09.0: aggiornati valori ammessi; - Campo 06.0: applicato controllo L31; - Campo 07.0: aggiornati valori ammessi e legenda codici tipo richiedente, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 10.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L31 e L45; - Campo 11.0: aggiornati lunghezza e valori ammessi e controlli applicati; - Campi 12.0, 16.0: aggiornato formato e applicato controllo L45; - Campi 13.0, 14.0, 15.1, 15.2, 19.0, 20.0, 24.0, 25.0, 29.0: applicato controllo L45; - Campo 17.0: nuovo inserimento e applicazione controlli L34, L37, L45; - Campo 18.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, legenda Tipologia mezzo, applicato controllo L45, in 	<ul style="list-style-type: none"> - Rimossi campi inerenti alla Missione e attribuiti a nuovo Tracciato Missione, in coerenza con specifiche ministeriali; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Assistito; - Campo 01.0: aggiornata legenda Centrali Operative; - Campo 02.1: aggiornati controlli applicati e legenda Centrali Operative; - Campo 02.2: aggiornati controlli applicati; - Campo 02.3: aggiornati valori ammessi e controlli applicati; - Campo 03.0: limitato a tracciato Segnalazione, aggiornati controlli applicati; - Campi 05.0, 09.0: aggiornati valori ammessi; - Campo 06.0: applicato controllo L31; - Campo 07.0: aggiornati valori ammessi e legenda codici tipo richiedente, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 10.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L31 e L45; - Campo 11.0: aggiornati lunghezza e valori ammessi e controlli applicati; - Campi 12.0, 16.0: aggiornato formato e applicato controllo L45; - Campi 13.0, 14.0, 15.1, 15.2, 19.0, 20.0, 24.0, 25.0, 29.0: applicato controllo L45; - Campo 17.0: nuovo inserimento e applicazione controlli L34, L37, L45; - Campo 18.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, legenda Tipologia mezzo, applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 21.0, 30.0: aggiornati valori ammessi e applicato controllo L45; - Campi 22.0, 26.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L45, L49; - Campi 23.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L45, L49; - Campo 28.0: aggiornati lunghezza, formato, valori ammessi e applicati controlli L13, L45, L46, N08; - Campo 31.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici missione e applicati controlli L13, L19, L45, L46, L47, L49, L50, legenda codici, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 32.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornata lunghezza, ribadito
--	---	--

	<p>coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campi 21.0, 30.0: aggiornati valori ammessi e applicato controllo L45; - Campi 22.0, 26.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L45, L49; - Campi 23.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L45, L49; - Campo 28.0: aggiornati lunghezza, formato, valori ammessi e applicati controlli L13, L45, L46, N08; - Campo 31.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici missione e applicati controlli L13, L19, L45, L46, L47, L49, L50, legenda codici, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 32.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornata lunghezza, ribadito formato alfanumerico, aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 33.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici valutazione sanitaria e applicati controlli L19, L32, L33, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 38.1, 38.2, 38.3, 39.0, 40.1, 40.2, 40.3, 42.0, 43.0, 44.0, 46.0, 63.0, 68.0: attribuzione a tracciato Assistito e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 41.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici esito trattamento e 	<p>formato alfanumerico, aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 33.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici valutazione sanitaria e applicati controlli L19, L32, L33, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 38.1, 38.2, 38.3, 39.0, 40.1, 40.2, 40.3, 42.0, 43.0, 44.0, 46.0, 63.0, 68.0: attribuzione a tracciato Assistito e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 41.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici esito trattamento e applicati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 45.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 47.0, 49.0, 50.0, 51.0, 52.0, 53.0, 56.0, 57.0, 58.0, 67.0: applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 48.0: aggiornata descrizione campo e applicati controlli L19, L45, L46, N09, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 54.0: aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 55.0: aggiornate obbligatorietà compilazione e descrizione campo e applicati controlli L19, L44, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 59.0: aggiornati valori ammessi, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni e applicati controlli L19, L44, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 61.0: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici Centrali Operative e applicato controllo L42; - Campo 62.1: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda Centrali Operative e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 62.2, 65.0: applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 62.3: aggiornati valori ammessi e
--	--	--

	<p>aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 45.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 47.0, 49.0, 50.0, 51.0, 52.0, 53.0, 56.0, 57.0, 58.0, 67.0: applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 48.0: aggiornata descrizione campo e applicati controlli L19, L45, L46, N09, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 54.0: aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 55.0: aggiornate obbligatorietà compilazione e descrizione campo e applicati controlli L19, L44, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 59.0: aggiornati valori ammessi, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni e applicati controlli L19, L44, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 61.0: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici Centrali Operative e applicato controllo L42; - Campo 62.1: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda Centrali Operative e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 62.2, 65.0: applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; 	<p>osservazioni e precisazioni e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 64.1: aggiornata legenda codici Centrali Operative e aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 64.2: aggiornati controlli applicati; - Campo 64.3: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni (coerentemente con codifica 118 regionale) e controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 65.0: applicati controlli L45, N04, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 66.0: applicati controlli L33, L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 69.0, 70.1, 70.2, 70.3: nuovo inserimento e applicazione relativi controlli; - Controlli L03, L13, L26, L36, L39, N01, N02, N03, N04, N05, N06: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L19: aggiornate descrizione e prescrizioni controllo, in coerenza con specifiche ministeriali; - Controlli L31, L32, L33, L37, L41, L42, L44, L45, L47, L48, L49, L50, N07, N08, N09: nuovo inserimento, in coerenza con specifiche ministeriali; - Controllo L34: estesa applicazione a campo 17.0; - Segnalazione S01: aggiornate prescrizioni segnalazione; - Segnalazioni S03, S04: eliminate segnalazioni; - Segnalazione S05: nuovo inserimento.
		<p>Versione iniziale del documento.</p>

- Campo 62.3: aggiornati valori ammessi e osservazioni e precisazioni e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Campo 64.1: aggiornata legenda codici Centrali Operative e aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Campo 64.2: aggiornati controlli applicati;

- Campo 64.3: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni (coerentemente con codifica 118 regionale) e controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Campo 65.0: applicati controlli L45, N04, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Campo 66.0: applicati controlli L33, L45, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Campo 69.0, 70.1, 70.2, 70.3: nuovo inserimento e applicazione relativi controlli;

- Controlli L03, L13, L26, L36, L39, N01, N02, N03, N04, N05, N06: aggiornate prescrizioni controllo;

- Controllo L19: aggiornate descrizione e prescrizioni controllo, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Controlli L31, L32, L33, L37, L41, L42, L44, L45, L47, L48, L49, L50, N07, N08, N09: nuovo inserimento, in coerenza con specifiche ministeriali;

- Controllo L34: estesa applicazione a campo 17.0;

- Segnalazione S01: aggiornate prescrizioni segnalazione;

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 48 di 164
--	---	----------------

		- Segnalazioni S03, S04: eliminate segnalazioni; - Segnalazione S05: nuovo inserimento.	
V01		Versione iniziale del documento.	

3.2 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
A = ALFABETICO AN = ALFANUMERICO ASR = Azienda Sanitaria Regionale ASL = Azienda Sanitaria Locale AO = Azienda Ospedaliera CAP = Centro di Assistenza Primaria cfr. = confronto, <i>confer</i> CO = Centrale Operativa del 118 CTR = CONTROLLO CON = CONDIZIONATO D = DATA DD = Determina Dirigenziale DDL = Disegno di Legge DGR = Deliberazione della Giunta Regionale DL = Decreto Legge D.lgs = Decreto legislativo DM = Decreto Ministeriale DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri DRG = <i>Diagnosis-RelatedGroups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi) EMUR = EMergenza-URgenza (Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza) EMUR-RP = Flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza es. = esempio FIM = Flussi Informativi Ministeriali G.U. = Gazzetta Ufficiale ICD9CM = <i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica) L. = Legge (nazionale) LEA = Livelli Essenziali di Assistenza	A = ALFABETICO AIC = Area Interaziendale di Coordinamento AN = ALFANUMERICO AO = Azienda Ospedaliera AOU = AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA AS = Azienda Sanitaria ASL = Azienda Sanitaria Locale ASN = Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte ASR = Azienda Sanitaria Regionale B.U.R.P.= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte CAP = Centro di Assistenza Primaria cfr. = confronto, <i>confer</i> CO = Centrale Operativa del 118 CON = CONDIZIONATO CTR = CONTROLLO D = DATA DD = Determina Dirigenziale DDL = Disegno di Legge DGR = Deliberazione della Giunta Regionale DL = Decreto Legge D.lgs = Decreto legislativo DM = Decreto Ministeriale DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri DRG = <i>Diagnosis-RelatedGroups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi) EMUR = EMergenza-URgenza (Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza) EMUR-RP = Flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza es. = esempio FIM = Flussi Informativi Ministeriali FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale FSN = Fondo Sanitario Nazionale

<p>MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)</p> <p>n. = numero N = NUMERICO n.a. = non applicabile N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PS = Pronto Soccorso</p> <p>RP = Regione Piemonte</p> <p>SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera SEE = Spazio Economico Europeo SOL = <i>SaveOnLine</i> (sistema gestionale delle Centrali Operative 118 della Regione Piemonte)</p> <p>v. = vedi</p> <p>XML = <i>eXtensible Markup Language</i> XSD = <i>XML Schema Definition</i></p>	<p>FSR = Fondo Sanitario Regionale</p> <p>G.U. = Gazzetta Ufficiale</p> <p>ICD9CM = <i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)</p> <p>IRCCS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>L. = Legge (nazionale) LEA = Livelli Essenziali di Assistenza</p> <p>MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali) MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza</p> <p>n. / num. = numero N = NUMERICO n.a. = non applicabile N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione PS = Pronto Soccorso</p> <p>RP = Regione Piemonte</p> <p>SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera SEE = Spazio Economico Europeo SOL = <i>SaveOnLine</i> (sistema gestionale delle Centrali Operative 118 della Regione Piemonte) SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SSR = Servizio Sanitario Regionale</p> <p>UE = Unione Europea</p> <p>v. = vedi ver. = versione</p> <p>XML = <i>eXtensible Markup Language</i> XSD = <i>XML Schema Definition</i></p>
---	--

3.3 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Aggiunto riferimento [D6] – D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 50 di 164
--	---	----------------

	norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133", pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 62 del 15 marzo 2000 (per quanto attiene alle "Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria" previste dall'art. 9)
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto riferimento [D7] – DM Mds 12 dicembre 2001</i> "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (Indicatori LEA), pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 34 del 9 febbraio 2002.
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto riferimento [D8] – Intesa Stato-Regioni 2271 del 23 marzo 2005</i> concernente gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN (Adempimenti LEA).
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto riferimento [D9] – D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013</i> – "Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate".

3.4 Il flusso informativo regionale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Il flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza è articolato in quattro differenti tracciati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione 2. Intervento 3. Missione 4. Assistito <p>Il tracciato Segnalazione include i dati relativi alla segnalazione di richiesta di soccorso al 118 (dati inerenti alle chiamate telefoniche ricevute da una centrale operativa 118); ad ogni segnalazione può essere associato un intervento.</p> <p>Il tracciato Intervento contiene i dati relativi all'intervento – laddove attivato – effettuato in seguito ad una segnalazione di richiesta di soccorso al 118; ad ogni intervento è associata almeno una missione (invio di un mezzo di soccorso).</p> <p>Il tracciato Missione censisce i dati relativi alle missioni di soccorso attivate (una missione per ogni mezzo di soccorso inviato); ad ogni missione possono essere associati zero o più assistiti.</p> <p>Il tracciato Assistito accoglie i dati anagrafici e quelli relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso, per ogni assistito soccorso.</p>	<p>Il flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza è articolato in quattro differenti tracciati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione 2. Intervento 3. Missione 4. Assistito <p>Il tracciato Segnalazione include i dati relativi alla segnalazione di richiesta di soccorso al 118 (dati inerenti alle chiamate telefoniche ricevute da una centrale operativa 118); ad ogni segnalazione può essere associato un intervento.</p> <p>Il tracciato Intervento contiene i dati relativi all'intervento – laddove attivato – effettuato in seguito ad una segnalazione di richiesta di soccorso al 118; ad ogni intervento è associata almeno una missione (invio di un mezzo di soccorso).</p> <p>Il tracciato Missione censisce i dati relativi alle missioni di soccorso attivate (una missione per ogni mezzo di soccorso inviato); ad ogni missione possono essere associati zero o più assistiti.</p> <p>Il tracciato Assistito accoglie i dati anagrafici e quelli relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso, per ogni assistito soccorso.</p> <p>Per quanto attiene alla rilevazione dei dati, il debito informativo nei confronti della Regione Piemonte è</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 51 di 164
---	----------------

	assolto direttamente dal Sistema 118, cui spetta l'onere di invio dei tracciati indicati.
--	---

3.5 Gestione degli assistiti

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Per ogni missione, possono essere registrati zero, uno o più assistiti: per ogni paziente trasportato e/o soccorso dev'essere inviata una Scheda Assistito distinta.</p> <p>In caso di trasporto dell'assistito presso un Centro di Assistenza Primaria, una Struttura Sanitaria Privata o un Ospedale, il numero degli assistiti è almeno pari al numero indicato nel campo "Numero pazienti trasportati" (28.0) del tracciato Missione collegato.</p> <p>Nel tracciato "ASSISTITO" è sempre riportato il "Codice Scheda Missione" (campi 70.1, 70.2, 70.3) che identifica la missione in occasione della quale l'assistito è stato soccorso.</p> <p>Nell'ambito della missione, l'assistito è identificato attraverso l'"Identificativo esterno assistito" (campo 32.0) di 14 cifre, il quale è composto da:</p> <p style="padding-left: 40px;">Codice CO esecutrice + Progressivo Scheda Missione (eventuale zero iniziale incluso, per le equivalenti lettere da "A" a "I") + Progressivo numerico dell'assistito (minimo "01")</p>	<p>Per ogni missione, possono essere registrati zero, uno o più assistiti: per ogni paziente trasportato e/o soccorso dev'essere inviata una Scheda Assistito distinta.</p> <p>Nel tracciato "ASSISTITO" è sempre riportato il "Codice Scheda Missione" (campi 70.1, 70.2, 70.3) che identifica la missione in occasione della quale l'assistito è stato soccorso.</p> <p>Nell'ambito della missione, l'assistito è identificato attraverso l'"Identificativo esterno assistito" (campo 32.0) di 14 cifre, il quale è composto da:</p> <p style="padding-left: 40px;">Codice CO esecutrice + Progressivo Scheda Missione (eventuale zero iniziale incluso, per le equivalenti lettere da "A" a "I") + Progressivo numerico dell'assistito (minimo "01")</p>

3.6 Validità dei codici

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<i>Aggiunto paragrafo</i>
	I codici inseriti nei campi che li prevedono devono essere validi alla "Data fine chiamata telefonica" (campo 08.0).

3.7 Calendario degli invii

Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse alla chiusura della Scheda ambulanza.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall'Assessorato con specifica DGR del Settore DB2003 – Assetto Istituzionale ed Organizzativo delle ASR e Sistemi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.</p> <p>Indicativamente, ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.</p> <p>In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati valorizzandoli in</p>	<p>Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse alla chiusura della Scheda ambulanza.</p> <p>Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [D9].</p> <p>Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma essi non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 52 di 164
--	---	----------------

extracompetenza.	<p>Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle "eccezioni", qualora consentito.</p> <p>Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerati mese ed anno della "Data fine chiamata telefonica" (campo 08.0).</p> <p>Ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.</p>
------------------	---

3.8 Monitoraggio degli invii

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p style="text-align: center;"><i>Aggiunto paragrafo</i></p> <p>Il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA) [D6, D7, D8].</p>

3.9 SCHEDE ANALITICHE

3.9.1 Scheda 08.0: Data fine chiamata telefonica

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
	<p>Mese ed anno della Data fine chiamata telefonica determinano il periodo di competenza degli invii al sistema di monitoraggio regionale. Inoltre essa determina la data cui devono essere validi i codici inseriti nei campi che li prevedono.</p>

3.9.2 Scheda 13.0: Numero persone coinvolte

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
<p>L45 – Congruenza tra "Tipologia di Intervento", "Segnalazione con intervento" e campi "Intervento", "Missione" ed "Assistito".</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra "Esito missione", "Numero pazienti trasportati", "Numero persone coinvolte" e numero schede assistito associate.</p>	<p>L45 – Congruenza tra "Tipologia di Intervento", "Segnalazione con intervento" e campi "Intervento", "Missione" ed "Assistito".</p>

3.9.3 Scheda 14.0: Classe patologia principale presunta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
<p>L05 – Congruenza tra "Classe patologia principale presunta" e "Classe patologia secondaria presunta".</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L35 – Congruenza tra "Classe patologia presunta" e</p>	<p>L05 – Congruenza tra "Classe patologia principale presunta" e "Classe patologia secondaria presunta".</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L37 – Congruenza tra "Classe patologia presunta" e</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 53 di 164
---	----------------

<p>“Dinamica riscontrata”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>“Dinamica presunta”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>
--	---

3.9.4 Scheda 20.0: Data partenza verso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.</p> <p>L08 – Congruenza tra data “fine chiamata” e “data partenza verso”.</p> <p>L09 – Congruenza tra “ora partenza verso” e “ora fine chiamata”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.</p> <p>L08 – Congruenza tra data “fine chiamata” e “data partenza verso”.</p> <p>L09 – Congruenza tra “ora partenza verso” e “ora fine chiamata”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].</p>

3.9.5 Scheda 21.0: Ora partenza verso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L09 – Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L09 – Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].</p>

3.9.6 Scheda 22.0: Data arrivo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 54 di 164
--	---	----------------

<p>L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.	N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].

3.9.7 Scheda 23.0: Ora arrivo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.	N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].

3.9.8 Scheda 25.0: Dinamica riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L35 – Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica riscontrata”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”,</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S09 – Congruenza tra “Dinamica riscontrata” e “Codice</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 55 di 164
---	----------------

“Missione” ed “Assistito”.	patologia presunta”.
----------------------------	----------------------

3.9.9 Scheda 26.0: Data partenza dal luogo evento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].</p>

3.9.10 Scheda 27.0: Ora partenza dal luogo evento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].</p>

3.9.11 Scheda 28.0: Numero pazienti trasportati

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
------------------	---------------------

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 56 di 164
--	---	----------------

<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>
---	--

3.9.12 Scheda 29.0: Data rientro

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L18 – Congruenza tra “data arrivo istituto di destinazione” e “data rientro”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L18 – Congruenza tra “data arrivo istituto di destinazione” e “data rientro”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].</p>

3.9.13 Scheda 30.0: Ora rientro

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>S06 – Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 57 di 164
---	----------------

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.	N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute. [D6, D7, D8].
---	---

3.9.14 Scheda 31.0: Esito missione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L47 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”.</p> <p>L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L47 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”.</p> <p>L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”.</p>

3.9.15 Scheda 32.0: Identificativo esterno assistito

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L16 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Codice istituto destinazione”.</p> <p>L17 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L22 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”.</p> <p>L32 – Congruenza tra “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.</p> <p>L33 – Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.</p> <p>L43 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L16 – Congruenza tra “Codice esito trattamento” e “Codice istituto destinazione”.</p> <p>L17 – Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L22 – Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”.</p> <p>L32 – Congruenza tra “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.</p> <p>L33 – Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 58 di 164
--	---	----------------

3.9.16 Scheda 41.0: Codice esito trattamento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p>

3.9.17 Scheda 44.0: Data arrivo Istituto destinazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L17 – Congruenza tra “Codice esito trattamento” e “Data arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L18 – Congruenza tra “Data rientro” e “Data arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “Ora arrivo istituto di destinazione” e “Ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L17 – Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L18 – Congruenza tra “Data rientro” e “Data arrivo istituto destinazione”.</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L21 – Congruenza tra “Ora arrivo istituto di destinazione” e “Ora rientro”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>

3.9.18 Scheda 54.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 59 di 164
---	----------------

<p>assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L26 – Congruenza tra provincia e comune di residenza e cittadinanza.</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L26 – Congruenza tra provincia e comune di residenza e cittadinanza.</p> <p>L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>S07 – Mancata compilazione Codice Istituzione competente TEAM per cittadino UE.</p>
--	---

3.9.19 Scheda 55.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>S07 – Mancata compilazione Codice Istituzione competente TEAM per cittadino UE.</p>

3.9.20 Scheda 63.0: Criticità fine

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Modalità</p> <p>CON</p> <p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L43 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>Modalità</p> <p>OBB</p> <p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.</p> <p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>

3.9.21 Scheda 70.1: Codice Centrale Operativa

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
------------------	---------------------

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 60 di 164
--	---	----------------

CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
<p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>	<p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>

3.9.22 Scheda 70.2: Anno di riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
<p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L48 – Congruenza tra “Anno Scheda Intervento” e “Anno Scheda Missione”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>	<p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L48 – Congruenza tra “Anno Scheda Intervento” e “Anno Scheda Missione”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>

3.9.23 Scheda 70.3: Progressivo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”,	L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”,

<p>“Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>	<p>“Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>
--	---

3.10 Tabella dei controlli

3.10.1 Controllo L06

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza:</p> <p><input type="checkbox"/> se il codice Regione esiste nella tabella delle Regioni italiane (diverso da “999”), allora il Comune di residenza deve essere situato nella Regione di residenza indicata.</p>	<p>Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza:</p> <p><input type="checkbox"/> se il codice Regione esiste nella tabella delle Regioni italiane (ed è diverso da “999”), allora il Comune di residenza deve essere situato nella Regione di residenza indicata.</p>

3.10.2 Controllo L16

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “codice trattamento” e “codice istituto destinazione”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il valore del campo “codice trattamento” è “1 = trasporto in PS” o “2 = trasporto diretto in reparto di specialità”, la compilazione del campo “Codice istituto destinazione” è obbligatoria;</p> <p><input type="checkbox"/> per tutti gli altri valori del campo “Codice trattamento”, il campo “codice istituto destinazione” non deve essere compilato..</p>	<p>Congruenza tra “codice trattamento” e “codice istituto destinazione”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il valore del campo “codice trattamento” è “1 = trasporto in PS” o “2 = trasporto diretto in reparto di specialità”, la compilazione del campo “Codice istituto destinazione” è obbligatoria.</p>

3.10.3 Controllo L17

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il valore del campo “Codice esito trattamento”</p>	<p>Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il valore del campo “Codice esito trattamento”</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 62 di 164
--	---	----------------

<p>(41.0) è uguale a “1” (Trasporto in PS) o “2” (Trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione dei campi “Data arrivo istituto destinazione” (44.0) e “Ora arrivo istituto destinazione” (45.0) è obbligatoria; .</p> <p><input type="checkbox"/> per tutti gli altri valori assunti dal campo “esito trattamento”, il campo “data arrivo istituto destinazione” e “ora arrivo istituto destinazione” non deve essere compilato.</p>	<p>(41.0) è uguale a “1” (Trasporto in PS) o “2” (Trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione dei campi “Data arrivo istituto destinazione” (44.0) e “Ora arrivo istituto destinazione” (45.0) è obbligatoria.</p>
---	--

3.10.4 Controllo L22

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”:</p> <p><input type="checkbox"/> se “Codice esito trattamento” (41.0) assume il valore “2” (trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione del campo “Codice reparto destinazione” (46.0) è obbligatoria e il codice ministeriale di disciplina ospedaliera inserito dev'essere valido alla “Data fine chiamata telefonica” (08.0);</p> <p><input type="checkbox"/> per tutti gli altri valori del campo “esito trattamento”, il campo non deve essere compilato.</p>	<p>Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”:</p> <p><input type="checkbox"/> se “Codice esito trattamento” (41.0) assume il valore “2” (trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione del campo “Codice reparto destinazione” (46.0) è obbligatoria e il codice ministeriale di disciplina ospedaliera inserito dev'essere valido alla “Data fine chiamata telefonica” (08.0).</p>

3.10.5 Controllo L35

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “dinamica riscontrata” e “codice patologia presunta”:</p> <p><input type="checkbox"/> se “classe patologia presunta” assume il valore “C01” (“Traumatica”), allora la compilazione del campo “dinamica riscontrata” è obbligatoria;</p> <p><input type="checkbox"/> per tutti gli altri valori assunti dal campo “classe patologia presunta”, il campo “dinamica riscontrata” non deve essere compilato.</p>	<p><i>n.a.</i></p>

3.10.6 Controllo L37

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica presunta”:</p> <p><input type="checkbox"/> se “Classe patologia presunta” (14.0) assume valore diverso da “C01” (“Traumatica”), allora il campo non deve essere compilato.</p>	<p>Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica presunta”:</p> <p><input type="checkbox"/> se “Classe patologia presunta” (14.0) assume valore diverso da “C01” (“Traumatica”), allora il campo “Dinamica presunta” (17.0) non deve essere compilato.</p>

3.10.7 Controllo L43

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 63 di 164
--	---	----------------

<p>Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il valore assunto dal campo “Codice esito trattamento” è “1” (Trasporto in PS), “2” (Trasporto diretto in reparto di specialità), “6” (Decesso durante il trasporto), allora la compilazione del campo “criticità fine” è obbligatoria;</p> <p><input type="checkbox"/> per tutti gli altri valori assunti dal campo “codice trattamento”, il campo “criticità fine” non deve essere compilato”.</p>	<p><i>n.a.</i></p>
--	--------------------

3.10.8 Controllo N08

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Schede non elaborate per incongruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede Assistito associate:</p> <p><input type="checkbox"/> campo “Esito missione” (31.0) pari a “2”, “3” o “6” e numero di schede Assistito minore di “Numero di pazienti trasportati” (28.0) indicato in scheda Missione collegata;</p> <p><input type="checkbox"/> campo “Esito missione” pari a “1”, “4”, “5”, “7” e nessuna scheda Assistito collegata a relativa scheda Missione;</p> <p><input type="checkbox"/> numero di schede Assistito maggiore di “Numero persone coinvolte” (13.0).</p>	<p><i>n.a.</i></p>

3.10.9 Segnalazione S05

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Invio in extracompetenza:</p> <p><input type="checkbox"/> vengono segnalate le schede inviate oltre il termine del periodo di competenza.</p>	<p>Invio in extracompetenza:</p> <p><input type="checkbox"/> vengono segnalate le schede inviate oltre il termine del periodo di competenza., determinato da mese ed anno della Data fine chiamata telefonica (08.0).</p>

3.10.10 Segnalazione S06

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p><i>n.a.</i></p>	<p>Mancata compilazione di un campo oggetto di monitoraggio LEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record Missione per i quali non risultino compilati campi oggetto di monitoraggio LEA (20.0, 21.0, 22.0, 23.0, 26.0, 26.0, 27.0, 29.0, 30.0).

3.10.11 Segnalazione S07

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p><i>n.a.</i></p>	<p>Mancata compilazione Codice istituzione competente TEAM per cittadino UE:</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 64 di 164
--	---	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record Assistito per i quali non risulta compilato il campo "Codice istituzione TEAM" (54.0) qualora il campo "Cittadinanza" (55.0) sia valorizzato con il codice di uno Stato membro dell'Unione Europea (diverso dall'Italia).
--	--

3.10.12 Segnalazione S08

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Numero pazienti trasportati diverso da numero schede Assistito: <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record Missione per i quali il "Numero pazienti trasportati" (28.0) è diverso dal numero di schede Assistito associate.

3.10.13 Segnalazione S09

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Congruenza tra "Dinamica riscontrata" e "Codice patologia presunta": <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record per i quali il campo "Classe patologia presunta" (14.0) assume il valore "C01" ("Traumatica") ed il campo "Dinamica riscontrata" (25.0) non risulta compilato.

4. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DELL’ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni;
- Aggiornato elenco Acronimi, sigle ed abbreviazioni;
- Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- Eliminato paragrafo "Codice Univoco dell'Assistito";
- Aggiornato capitolo "Sistema dei controlli";
- Aggiunto paragrafo "Segnalazioni";
- Aggiornato paragrafo "Calendario degli invii";
- Aggiunto paragrafo "Monitoraggio degli invii";
- Aggiornato paragrafo "Movimentazione dei record";
- Corretto refuso su chiave univoca di identificazione del tracciato "Assistito";
- Campo 01.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11, N12, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02;
- Campi 02.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 03.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02;
- Campo 04.0: applicati controlli N01, N02, N08 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N09, N10, N11, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 05.0: aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12; aggiornate osservazioni e precisazioni; eliminati controlli N01, N02, N03, N04, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 07.0: applicato controllo N01 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09; eliminati controlli N04, N07; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 16.0: aggiunte osservazioni e precisazioni;
- Campo 31.0: aggiunti controlli L22, N09, N13; aggiunta segnalazione S03;
- Aggiornato capitolo "Tabella dei controlli";
- Controlli F01, F02, F03, L22, N09, N10, N11, N12, N13, N14, N15: nuovo inserimento;
- Controlli N01, N02, N03, N08: modificate prescrizioni controlli;
- Controlli N04, N05, N07: controlli eliminati;
- Segnalazione S02: segnalazione eliminata;
- Segnalazione S03: nuovo inserimento.

4.1 Cronologia variazioni

VERSIONE ATTUALE			VERSIONE AGGIORNATA	
VERSIONE	DATA	VARIAZIONE	DATA	VARIAZIONE
V03	22/07/2013	- Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10 per rilascio nuove specifiche ministeriali); - Aggiornato paragrafo Strutture di Erogazione; - Aggiornato paragrafo Chiave univoca di	14/05/2014	- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; - Aggiornato elenco Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;

**Allegato 1: Variazioni alla documentazione
tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30
dicembre 2013**

Pag. 66 di 164

		<p>collegamento dei tracciati; - Campo 02.0: aggiornati denominazione , descrizione, valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campi 16.0, 18.0, 19.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo 23.0, 25.0, 28.0 29.0: aggiornati condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB) e valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Controlli L03, L04, L15, L16, L17, L18: aggiornate prescrizioni controllo.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Eliminato paragrafo "Codice Univoco dell'Assistito"; - Aggiornato capitolo "Sistema dei controlli"; - Aggiunto paragrafo "Segnalazioni"; - Aggiornato paragrafo "Calendario degli invii"; - Aggiunto paragrafo "Monitoraggio degli invii"; - Aggiornato paragrafo "Movimentazione dei record"; - Corretto refuso su chiave univoca di identificazione del tracciato "Assistito"; - Campo 01.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11, N12, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; - Campi 02.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03; - Campo 03.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; - Campo 04.0: applicati controlli N01, N02, N08 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N09, N10, N11, N14, N15; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03; - Campo 05.0: aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12; aggiornate osservazioni e precisazioni; eliminati controlli N01, N02, N03, N04, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03; - Campo 07.0: applicato controllo N01 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09; eliminati controlli N04, N07; aggiunta segnalazione S03; - Campo 16.0: aggiunte osservazioni e precisazioni; - Campo 31.0: aggiunti controlli L22, N09, N13; aggiunta segnalazione S03; - Aggiornato capitolo "Tabella dei controlli"; - Controlli F01, F02, F03, L22, N09, N10, N11, N12, N13, N14, N15: nuovo
V02	27/11/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10); - Campo 08.0: applicato nuovo controllo L21; - Campi 04.0, 05.0, 31.0: applicato nuovo controllo N08; - Controlli L21, N08: nuovo inserimento. 			
V01	26/10/2012	Versione iniziale del documento.			

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 67 di 164
--	---	----------------

		<p>inserimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlli N01, N02, N03, N08: modificate prescrizioni controlli; - Controlli N04, N05, N07: controlli eliminati; - Segnalazione S02: segnalazione eliminata; - Segnalazione S03: nuovo inserimento.
	22/07/2013	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10 per rilascio nuove specifiche ministeriali); - Aggiornato paragrafo Strutture di Erogazione; - Aggiornato paragrafo Chiave univoca di collegamento dei tracciati; - Campo 02.0: aggiornati denominazione , descrizione, valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campi 16.0, 18.0, 19.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo 23.0, 25.0, 28.0 29.0: aggiornati condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB) e valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Controlli L03, L04, L15, L16, L17, L18: aggiornate prescrizioni controllo.
	27/11/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10); - Campo 08.0: applicato nuovo controllo L21; - Campi 04.0, 05.0, 31.0: applicato nuovo controllo N08; - Controlli L21, N08: nuovo inserimento.
	26/10/2012	Versione iniziale del documento.

4.2 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
A = ALFABETICO	A = ALFABETICO
ADI = ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	ADI = ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP = ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA	ADP = ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AN = ALFANUMERICO	AIC = Area Interaziendale di Coordinamento
ASN = Anagrafe delle Strutture sanitarie della Regione Piemonte	AN = ALFANUMERICO
ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE	ASN = Anagrafe delle Strutture sanitarie della Regione Piemonte

**Allegato 1: Variazioni alla documentazione
tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30
dicembre 2013**

Pag. 68 di 164

ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE	ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE
AO = AZIENDA OSPEDALIERA	ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE
Ass. = assistenza	AO = AZIENDA OSPEDALIERA
	Ass. = assistenza
CDA = Centro Diurno Alzheimer	CDA = Centro Diurno Alzheimer
CTR = CONTROLLO	CTR = CONTROLLO
D = DATA	D = DATA
DD = Determina Dirigenziale	DD = Determina Dirigenziale
DDL = Disegno di Legge	DDL = Disegno di Legge
DGR = Deliberazione della Giunta Regionale (della Regione Piemonte)	DGR = Deliberazione della Giunta Regionale (della Regione Piemonte)
DL = Decreto Legge	DL = Decreto Legge
D.lgs = Decreto legislativo	D.lgs = Decreto legislativo
DM = DECRETO MINISTERIALE	DM = DECRETO MINISTERIALE
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR = Decreto del Presidente della Repubblica	DPR = Decreto del Presidente della Repubblica
DRG = Diagnosis-RelatedGroups (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)	DRG = Diagnosis-RelatedGroups (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
ECG = ElettroCardioGramma	ECG = ElettroCardioGramma
FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
G.U. = Gazzetta Ufficiale	G.U. = Gazzetta Ufficiale
HGT = Haemo-Gluco-Test	HGT = Haemo-Gluco-Test
HOSP-RP = Flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza presso gli Hospice	HOSP-RP = Flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza presso gli Hospice
ICD9CM = International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)	ICD9CM = International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
IRCCS = ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	IRCCS = ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
L. = Legge (nazionale)	L. = Legge (nazionale)
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza	LEA = Livelli Essenziali di Assistenza
LIS = Locked-in Syndrome	LIS = Locked-in Syndrome
MDC = MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES	MDC = MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)	MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
MMG = Medico di medicina generale	MMG = Medico di medicina generale
MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza	MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza
N = NUMERICO	N = NUMERICO
n.a. = non applicabile	n.a. = non applicabile
NAC = Nuclei Alta Complessità per patologie	

neurologiche NAT = Nuclei Alzheimer Temporaneo N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale) NSV = Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo e in stato di minima coscienza OBB = OBBLIGATORIO PIC = Presa In Carico PLS = Pediatra di libera scelta RA = RESIDENZA ANZIANI RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE RP = Regione Piemonte RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE RSA = RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE SDO = Schede di Dimissione Ospedaliera SEE = Spazio Economico Europeo SIAD = Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SID = SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SLA = Sclerosi Laterale Amiotrofica SM = Sclerosi Multipla SMC = Stato di Minima Coscienza SV = Stato Vegetativo U.O. = UNITÀ OPERATIVA U.O.C.P. = UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA U.V. = Unità di Valutazione U.V.G. = Unità di Valutazione Geriatrica VAC = Vacuum Assisted Closure XML = eXtensible Markup Language XSD = XML Schema Definition	NAC = Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche NAT = Nuclei Alzheimer Temporaneo N.B. = nota bene NBB = NON OBBLIGATORIO NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale) NSV = Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo e in stato di minima coscienza OBB = OBBLIGATORIO PIC = Presa In Carico PLS = Pediatra di libera scelta RA = RESIDENZA ANZIANI RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE RP = Regione Piemonte RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE RSA = RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE SDO = Schede di Dimissione Ospedaliera SEE = Spazio Economico Europeo SIAD = Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SID = SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SLA = Sclerosi Laterale Amiotrofica SM = Sclerosi Multipla SMC = Stato di Minima Coscienza SV = Stato Vegetativo U.O. = UNITÀ OPERATIVA U.O.C.P. = UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA U.V. = Unità di Valutazione U.V.G. = Unità di Valutazione Geriatrica VAC = Vacuum Assisted Closure XML = eXtensible Markup Language XSD = XML Schema Definition
--	--

4.3 Riferimenti normativi: voce D11 (pag. 10)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Aggiunto riferimento [D11] - D.G.R. n. 13-6981 del 30

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 70 di 164
--	---	----------------

	dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.
--	---

4.4 Codice Univoco dell'assistito (pag. 12)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Codice Univoco dell'Assistito Secondo le specifiche ministeriali, a' fini dell'invio dei dati raccolti al NSIS, l'assistito dev'essere identificato attraverso un codice univoco (ed anonimo), della lunghezza massima di 32 caratteri, derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia a cittadini italiani sia stranieri).</p> <p>A tal fine, il Codice Univoco dell'Assistito è generato attraverso codifica del “Codice fiscale” dell'assistito (campo 07.0).</p>	<p><i>Paragrafo eliminato.</i></p>

4.5 Sistema dei controlli (pag. 14)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>SISTEMA DEI CONTROLLI Il sistema dei controlli prevede due tipologie di verifica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. controlli di tipo formale; 2. controlli logici e normativi. 	<p>SISTEMA DEI CONTROLLI Il sistema dei controlli prevede tre tipologie di verifica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. controlli di tipo formale; 2. controlli logici e normativi; 3. Segnalazioni.

4.6 Segnalazioni (pag. 14)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p><i>n.a.</i></p>	<p>Segnalazioni Le segnalazioni hanno lo scopo di avvisare, senza oltremodo bloccare, l'utente che esistono situazioni anomale da monitorare.</p>

4.7 Calendario degli invii (pag. 15)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.</p>	<p>Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [D11].</p>

4.8 Monitoraggio degli invii (pag. 15)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 71 di 164
---	----------------

<i>n.a.</i>	<p>MONITORAGGIO DEGLI INVII</p> <p>Il conferimento dei dati inerenti ai flussi informativi ministeriali integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA).</p> <p>La Regione risulta adempiente se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre; • le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le strutture sanitarie della Regione tenute alla raccolta delle informazioni relative ai flussi; • le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie della Regione tenute all'invio dei flussi.
-------------	--

4.9 Movimentazione dei record (pag. 17)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è sufficiente inviare un record del tracciato “Assistito” con la chiave univoca di identificazione del record da eliminare (combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico”, “Struttura erogatrice”, “Data ricovero” e “Codice fiscale”), indicando il “Tipo movimento” = “S”; saranno eliminati anche tutti i dati relativi a Prese in carico, Erogazioni e Conclusione ad esso collegati.</p>	<p>La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è necessario inviare entrambi i tracciati “Assistito” ed “Eventi” compilando tutti i campi obbligatori secondo le condizionalità indicate.</p>

4.10 Tracciato “Assistito”: chiave univoca di identificazione (pag. 20)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>La chiave univoca di identificazione dei record del tracciato Assistito è costituita dai seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ASL presa in carico (02.0) • Struttura erogatrice (03.0) • Data ricovero (04.0) • Codice fiscale (07.0) 	<p>La chiave univoca di identificazione dei record del tracciato Assistito è costituita dai seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progressivo Univoco Assistito (01.0) • Codice ASL presa in carico (02.0) • Struttura erogatrice (03.0) • Data ricovero (04.0) • Codice fiscale (07.0)

4.11 Scheda 01.0: “Progressivo univoco assistito”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.</p> <p>N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.</p> <p>N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.</p> <p>N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.</p> <p>N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio.</p> <p>N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio.</p> <p>N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato nel medesimo file di invio.</p> <p>N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio.</p> <p>N11 – Record non elaborato per chiave univoca di</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 72 di 164
--	---	----------------

progressivo univoco assistito. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Eventi cancellati.	collegamento già in archivio. N12 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito già in archivio. N14 – Record Assistito non elaborato per mancanza record Eventi collegato. N15 – Record Eventi non elaborato per mancanza record Assistito collegato. S01 – Invio in extracompetenza.
---	---

4.12 Scheda 02.0: “Codice ASL/AO di presa in carico”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata. N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato. N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Eventi cancellati.	CONTROLLI APPLICATI N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio. N09 – Record non elaborato per sovrapposizione con periodi di ricovero in archivio. N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N11 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N12 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito già in archivio. N14 – Record Assistito non elaborato per mancanza record Eventi collegato. N15 – Record Eventi non elaborato per mancanza record Assistito collegato. S01 – Invio in extracompetenza. S03 – Sovrapposizione periodi di ricovero.

4.13 Scheda 03.0: “Struttura erogatrice”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata. N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito. S01 – Invio in extracompetenza.	CONTROLLI APPLICATI N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N11 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N14 – Record Assistito non elaborato per mancanza record Eventi collegato. N15 – Record Eventi non elaborato per mancanza record

S02 – Eventi cancellati.	Assistito collegato. S01 – Invio in extracompetenza.
--------------------------	---

4.14 Scheda 04.0: “Data ricovero”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita. L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero. L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero. L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione. N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata. N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Eventi cancellati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita. L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero. L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero. L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione. N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio. N09 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero in archivio. N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N11 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N14 – Record Assistito non elaborato per mancanza record Eventi collegato. N15 – Record Eventi non elaborato per mancanza record Assistito collegato. S01 – Invio in extracompetenza. S03 – Sovrapposizione periodi di ricovero.</p>

4.15 Scheda 05.0: “Tipo movimento”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata. N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato. N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero. S02 – Eventi cancellati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio. N09 – Record non elaborato per sovrapposizione con periodi di ricovero in archivio. N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N11 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N12 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito già in archivio. S03 – Sovrapposizione periodi di ricovero.</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 74 di 164
--	---	----------------

CAMPO TECNICO	CAMPO TECNICO La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è necessario inviare entrambi i tracciati "Assistito" ed "Eventi" compilando tutti i campi obbligatori secondo le condizionalità indicate.
---------------	---

4.16 Scheda 07.0: "Codice fiscale"

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita. N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata. N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita. N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per chiave non trovata. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio. N09 – Record non elaborato per sovrapposizione con periodi di ricovero in archivio. N10 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. S03 – Sovrapposizione periodi di ricovero.

4.17 Scheda 16.0 "Tariffa giornaliera"

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI La quota a carico del SSR è pari alla somma che il SSR versa ogni giorno per la permanenza nella struttura o per l'accesso in dayhospice, in base alla normativa regionale.

4.18 Scheda 31.0 "Data dimissione"

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero. S01 – Invio in extracompetenza.	CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione. L22 - Congruenza tra Data dimissione e data di avvio del flusso. N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio. N09 – Record non elaborato per sovrapposizione con periodi di ricovero in archivio. N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. S01 – Invio in extracompetenza. S03 – Sovrapposizione periodi di ricovero.

4.19 Premessa alla Tabella dei controlli (pag. 63)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Premessa</p> <p>La tabella è articolata in quattro colonne:</p> <p>N. Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "CONTROLLI APPLICATI" di ogni scheda:</p> <p align="center">Lxx = controllo logico Nxx = condizione di record non elaborabile Sxx = segnalazione</p> <p>Descrizione dei controlli</p> <p align="center">Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.</p> <p>Tipo</p> <p align="center">Indica il tipo di controllo:</p> <p align="center">L = controllo logico F = controllo formale N = controllo bloccante</p>	<p>Premessa</p> <p>La tabella è articolata in quattro colonne:</p> <p>N. Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "CONTROLLI APPLICATI" di ogni scheda:</p> <p align="center">Fxx = controllo formale Lxx = controllo logico Nxx = condizione di record non elaborabile Sxx = segnalazione</p> <p>Descrizione dei controlli</p> <p align="center">Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.</p> <p>Tipo</p> <p align="center">Indica il tipo di controllo:</p> <p align="center">L = controllo logico F = controllo formale N = controllo bloccante S = segnalazione</p>

4.20 Tabella dei controlli: Controllo F01

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Valore obbligatorio non inserito (applicato a tutti i campi obbligatori).

4.21 Tabella dei controlli: Controllo F02

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Formato non valido (applicato a tutti i campi).

4.22 Tabella dei controlli: Controllo F03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Valore inserito non valido (applicato ai campi 01.0, 02.0, 03.0, 05.0, 06.0, 07.0, 09.0, 10.0, 11.0, 12.0, 13.0, 14.0, 16.0, 17.0, 20.0, 21.0, 22.0, 23.0, 24.0, 25.0, 26.0, 27.0, 28.0, 29.0, 30.0, 32.0).

4.23 Tabella dei controlli: Controllo N01

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 76 di 164
--	---	----------------

<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0). 	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo Univoco Assistito”, “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0).
--	--

4.24 Tabella dei controlli: Controllo N02

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo univoco assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0) e “Data ricovero” (04.0). 	<p>Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo univoco assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0) e “Data ricovero” (04.0).

4.25 Tabella dei controlli: Controllo N03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il “Codice ASL presa in carico” (02.0) indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0). 	<p>Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato nel medesimo file di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il “Codice ASL presa in carico” (02.0) indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0).

4.26 Tabella dei controlli: Controllo N04

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0), ma diversa combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0); per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico”, “Struttura erogatrice”, “Data ricovero”, e “Codice fiscale” ma “Progressivo univoco assistito” diverso; 	<p><i>Controllo eliminato</i></p>

4.27 Tabella dei controlli: Controllo N05

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi: <ul style="list-style-type: none"> nel medesimo invio, ogni record Eventi dev'essere logicamente collegato ad un record Assistito, e viceversa, attraverso la chiave univoca di collegamento (combinazione dei campi "Progressivo univoco assistito" (01.0), "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0) e "Data ricovero" (04.0)) 	<i>Controllo eliminato</i>

4.28 Tabella dei controlli: Controllo N07

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Record non elaborato per tentata sostituzione Progressivo univoco assistito: <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", se "Tipo movimento" (05.0) = "S", non deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione (combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0)) ma "Progressivo univoco assistito" (01.0) differente. 	<i>Controllo eliminato</i>

4.29 Tabella dei controlli: Controllo N08

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero. <ul style="list-style-type: none"> la "Data ricovero" (04.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) diverso da "C"; la "Data dimissione" (31.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C"; se "Data ricovero" è uguale alla data ricovero di una cartella presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C" - allora la "Data dimissione" non può essere uguale alla data dimissione della stessa cartella; se "Data dimissione" è uguale alla data dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C" - allora la "Data ricovero" non può essere uguale alla data ricovero della stessa cartella. 	Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero nel medesimo file di invio Si applica ai record con codice fiscale (07.0) non relativo ad apolide né a stranieri non residenti e per "Tipo movimento" (05.0) diverso da "C": <ul style="list-style-type: none"> la "Data ricovero" (04.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio; la "Data dimissione" (31.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio; la "Data Ricovero" non può essere minore/uguale alla data ricovero di una cartella presente nel medesimo file di invio e contemporaneamente la "Data dimissione" non può essere maggiore o uguale alla Data dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio.

4.30 Tabella dei controlli: Controllo N09

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
------------------	---------------------

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 78 di 164
--	---	----------------

<i>n.a.</i>	<p>Record non elaborato per sovrapposizione con periodi di ricovero in archivio</p> <p>Si applica ai record con codice fiscale (07.0) non relativo ad apolide né a stranieri non residenti e per “Tipo movimento” (05.0) diverso da “C”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la “Data ricovero” (04.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella già presente in archivio; • la “Data dimissione” (31.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella già presente in archivio; • la “Data Ricovero” non può essere minore o uguale alla data ricovero di una cartella presente nel medesimo file di invio e contemporaneamente la “Data dimissione” non può essere maggiore o uguale alla Data dimissione di una cartella già presente in archivio.
-------------	---

4.31 Tabella dei controlli: Controllo N10

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo movimento” (05.0) = ‘I’, per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente in archivio un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo Univoco Assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0).

4.32 Tabella dei controlli: Controllo N11

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo movimento” (05.0) = ‘I’, non deve essere presente in archivio un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo univoco assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0) e “Data ricovero” (04.0).

4.33 Tabella dei controlli: Controllo N12

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Record non elaborato per progressivo univoco assistito già in archivio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo movimento” (05.0) = ‘I’, per il “Codice ASL presa in carico” (02.0) indicato, non deve essere presente in archivio un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0).

4.34 Tabella dei controlli: Controllo N13

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record: <ul style="list-style-type: none"> il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non ancora avviata.

4.35 Tabella dei controlli: Controllo N14

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Record Assistito non elaborato per mancanza record Eventi collegato: <ul style="list-style-type: none"> nello stesso supporto d'invio non risulta alcun record Eventi avente medesima chiave univoca di collegamento.

4.36 Tabella dei controlli: Controllo N15

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Record Eventi non elaborato per mancanza record Assistito collegato: <ul style="list-style-type: none"> nello stesso supporto d'invio non risulta alcun record Assistito avente medesima chiave univoca di collegamento.

4.37 Tabella dei controlli: Controllo L22

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra "Data dimissione" e data di avvio del flusso: <ul style="list-style-type: none"> La "Data dimissione" (31.0) non può essere minore del primo luglio 2012.

4.38 Tabella dei controlli: Segnalazione S02

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Eventi cancellati: <ul style="list-style-type: none"> viene segnalata la cancellazione degli eventi collegati al record Assistito eliminato con "Tipo movimento" (05.0) = "C". 	<i>Segnalazione eliminata</i>

4.39 Tabella dei controlli: Segnalazione S03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Sovrapposizione periodi di ricovero (Evidenzia la presenza di periodi di ricovero sovrapposti per lo stesso assistito in differenti ASL): <ul style="list-style-type: none"> per il medesimo Codice fiscale (07.0) non relativo ad apolide, è già presente in archivio almeno un record di una qualsiasi ASL (02.0) il cui periodo di ricovero – dalla "Data di ricovero" (04.0) alla "Data

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 80 di 164
--	---	----------------

	dimissione” (31.0), estremi esclusi – si sovrappone a quello del record in inserimento o modifica (05.0).
--	---

5. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITA’ TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Ri
- mossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; Ag
- giornata elenco Acronimi, sigle ed abbreviazioni Ag
- giornata riferimenti normativi; Ag
- giornata paragrafo Controlli logici e normativi; Ag
- giornata paragrafo Tracciati record; Ag
- giornata paragrafo Codifica Identificativo dell’Assistito; Ag
- giornata paragrafo Modalità di movimentazione dei dati; Ag
- giornata paragrafo Tabella controlli logici-normativi; Ag
- giornata paragrafo Periodo di competenza; Ca
- mpo 06.0 eliminato controllo N03; Ca
- mpi 09.0, 11.0, 28.0, 35.0, 37.0, 47.0: corretto refuso su tipo campo; Ca
- mpo 16.0: corretto refuso su tipo e lunghezza campo; Ca
- mpo 23.0 (Codice struttura) : modificato valore di “Tabelle di riferimento”; Ca
- mpo 25.0: corretto refuso su condizione di obbligatorietà campo; Ca
- mpo 26.0, 58.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; Ca
- mpi 27.0, 32.0 e 39.0 : aggiornato contenuto “Osservazioni e precisazioni” Ca
- mpo 30.0: aggiornata descrizione valori ammessi; Ca
- mpo 31.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L22, aggiornate Osservazioni e precisazioni; Ca
- mpo 32.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L23, aggiornate Osservazioni e precisazioni; Ca
- mpo 33.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L24, aggiornate Osservazioni e precisazioni; Ca
- mpo 40.0 (Tipo Intervento): modificato tipo da numero ad alfanumerico; Ca

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 82 di 164
--	---	----------------

- mpo 48.0: corretto refuso su tipo campo, applicato nuovo controllo L21; Ca
- mpo 49.0: applicato nuovo controllo L21, aggiornate Osservazioni e precisazioni; Ca
- ntrollo L03: modificato controllo; Co
- ntrollo L07: eliminato controllo; Co
- ntrollo L08: eliminato controllo; Co
- ntrollo L11: aggiornate prescrizioni controllo; Co
- ntrolli L21, L22, L23, L24: nuovo inserimento. Co
- ntrollo N01: applicato nuovo procedimento di controllo; Co
- ntrollo N03: aggiornato e diviso in due controlli distinti (N03+N10); Co
- ntrollo N10: aggiunto controllo (parte del controllo N03); Co
- gnalazione S01: aggiornata segnalazione; Se
- gnalazione S02, S03: applicato nuovo procedimento di segnalazione; Se
- gnalazione S07: nuovo inserimento. Se
- gnalazione S08: nuovo inserimento. Se

5.1 Cronologia variazioni

VERSIONE ATTUALE			VERSIONE AGGIORNATA	
VERSIONE	DATA	VARIAZIONE	DATA	VARIAZIONE
V01 (iniziale)	17/06/2013	Versione iniziale del documento	14/05/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni; - Aggiornato elenco Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornato paragrafo Controlli logici e normativi; - Aggiornato paragrafo Tracciati record; - Aggiornato paragrafo Codifica Identificativo dell'Assistito; - Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati; - Aggiornato paragrafo Tabella controlli logici-normativi; - Aggiunto paragrafo Periodo di competenza; - Campo 06.0 eliminato controllo N03; - Campi 09.0, 11.0, 28.0, 35.0, 37.0, 47.0: corretto refuso su tipo campo; - Campo 16.0: corretto refuso su tipo e lunghezza campo;

	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 23.0 (Codice struttura) : modificato valore di “Tabelle di riferimento”; - Campo 25.0: corretto refuso su condizione di obbligatorietà campo; - Campo 26.0, 58.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campi 27.0, 32.0 e 39.0 : aggiornato contenuto “Osservazioni e precisazioni” - Campo 30.0: aggiornata descrizione valori ammessi; - Campo 31.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L22, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 32.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L23, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 33.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L24, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 40.0 (Tipo Intervento): modificato tipo da numero ad alfanumerico; - Campo 48.0: corretto refuso su tipo campo, applicato nuovo controllo L21; - Campo 49.0: applicato nuovo controllo L21, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Controllo L11: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L21, L22, L23, L24: nuovo inserimento. - Controllo L03: modificato controllo; - Aggiornati riferimenti normativi: [R6] - Controllo N01: applicato nuovo procedimento di controllo; - Controllo N03: aggiornato e diviso in due controlli distinti (N03+N10); - Controllo N10: aggiunto controllo (parte del controllo N03); - Controllo L07: eliminato controllo; - Controllo L08: eliminato controllo; - Segnalazione S01: aggiornata segnalazione; - Segnalazione S02, S03: applicato nuovo procedimento di segnalazione; - Segnalazione S07: nuovo inserimento. - Segnalazione S08: nuovo inserimento.
	<p>17/06/2013 Versione iniziale del documento</p>

5.2 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
A = ALFABETICO	A = ALFABETICO
AN = ALFANUMERICO	AIC = Area Interaziendale di Coordinamento
AO = AZIENDA OSPEDALIERA	AN = ALFANUMERICO
AOU = AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA	AO = AZIENDA OSPEDALIERA
AS = Azienda Sanitaria	AOU = AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE	AS = Azienda Sanitaria
ASN = Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte	ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE	ASN = Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte
AURA = Archivio Unico Regionale degli Assistiti	ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE
	AURA = Archivio Unico Regionale degli Assistiti
B.U.R.P.= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte	B.U.R.P.= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
BD = Banca Dati	BD = Banca Dati
CA = Comunità Alloggio (presidio socio assistenziale a supporto di progetto terapeutico riabilitativo)	CA = Comunità Alloggio (presidio socio assistenziale a supporto di progetto terapeutico riabilitativo)
CD = Centri Diurni e/o Day Hospital (strutture semiresidenziali)	CD = Centri Diurni e/o Day Hospital (strutture semiresidenziali)
C.E. = Conto Economico	C.E. = Conto Economico
CE = Comunità Europea / Conformità Europea	CE = Comunità Europea / Conformità Europea
Cfr. = confronta, <i>confer</i>	Cfr. = confronta, <i>confer</i>
CON = CONDIZIONATO	CON = CONDIZIONATO
CONSIP= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici	CONSIP= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici
CPA = Comunità Protetta di tipo A (ad alta intensità terapeutica e intervento riabilitativo)	CPA = Comunità Protetta di tipo A (ad alta intensità terapeutica e intervento riabilitativo)
CPB = Comunità Protetta di tipo B (a medio livello di protezione e di intervento riabilitativo)	CPB = Comunità Protetta di tipo B (a medio livello di protezione e di intervento riabilitativo)
CSM = Centro Salute Mentale	CSM = Centro Salute Mentale
CTP = Centri di Terapie Psichiatriche (comunità protette di tipo a con annesso un centro diurno)	CTP = Centri di Terapie Psichiatriche (comunità protette di tipo a con annesso un centro diurno)
CTR = CONTROLLO	CTR = CONTROLLO
D = DATA	D = DATA
DD = Determina Dirigenziale	DD = Determina Dirigenziale
DDL = Disegno di Legge	DDL = Disegno di Legge
DGR = Delibera della Giunta Regionale	DGR = Delibera della Giunta Regionale
DH = <i>Day Hospital</i>	DH = <i>Day Hospital</i>
DL = Decreto Legge	DL = Decreto Legge
D.lgs = DECRETO LEGISLATIVO	D.lgs = DECRETO LEGISLATIVO
DM = DECRETO MINISTERIALE	DM = DECRETO MINISTERIALE
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DSM = Dipartimento Salute Mentale	DSM = Dipartimento Salute Mentale
es. = esempio	es. = esempio
FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale	FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale
FSN = Fondo Sanitario Nazionale	

<p>FSR = Fondo Sanitario Regionale</p> <p>GA = Gruppi Appartamento (soluzioni abitative per specifiche esigenze residenziali - residenzialità leggera)</p> <p>G.U. = Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana</p> <p>L. = Legge (nazionale)</p> <p>LEA = Livelli Essenziali di Assistenza</p> <p>MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)</p> <p>MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza</p> <p>n. / num. = numero</p> <p>N = NUMERICO</p> <p>n.a. = non applicabile</p> <p>N.B. = nota bene</p> <p>NBB = NON OBBLIGATORIO</p> <p>NSIS = NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione</p> <p>RA = RESIDENZA ANZIANI</p> <p>RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE</p> <p>RP = Regione Piemonte</p> <p>RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE</p> <p>RSA = Residenza Sanitaria Assistenziale</p> <p>SEE = Spazio Economico Europeo</p> <p>SERT = SERVIZI per le Tossicodipendenze</p> <p>SISR = Sistema Informativo Sanitario Regionale</p> <p>SPDC = SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI CURA</p> <p>SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>SSR = Servizio Sanitario Regionale</p> <p>TS = SISTEMA TESSERA SANITARIA DEL MINISTERO ECONOMIA E FINANZE</p> <p>UE = Unione Europea</p> <p>U.O. = UNITÀ OPERATIVA</p> <p>U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA</p> <p>v. = vedi</p> <p>ver. = versione</p> <p>XML = eXtensible Markup Language</p>	<p>FSN = Fondo Sanitario Nazionale</p> <p>FSR = Fondo Sanitario Regionale</p> <p>GA = Gruppi Appartamento (soluzioni abitative per specifiche esigenze residenziali - residenzialità leggera)</p> <p>G.U. = Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana</p> <p>L. = Legge (nazionale)</p> <p>LEA = Livelli Essenziali di Assistenza</p> <p>MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)</p> <p>MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza</p> <p>n. / num. = numero</p> <p>N = NUMERICO</p> <p>n.a. = non applicabile</p> <p>N.B. = nota bene</p> <p>NBB = NON OBBLIGATORIO</p> <p>NSIS = NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>OSS = Operatore Socio-Sanitario</p> <p>OTA = Operatore Tecnico-Assistenziale</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione</p> <p>RA = RESIDENZA ANZIANI</p> <p>RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE</p> <p>RP = Regione Piemonte</p> <p>RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE</p> <p>RSA = Residenza Sanitaria Assistenziale</p> <p>SEE = Spazio Economico Europeo</p> <p>SERT = SERVIZI per le Tossicodipendenze</p> <p>SISR = Sistema Informativo Sanitario Regionale</p> <p>SPDC = SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI CURA</p> <p>SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</p> <p>SSR = Servizio Sanitario Regionale</p> <p>TERP = Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica</p> <p>TS = SISTEMA TESSERA SANITARIA DEL MINISTERO ECONOMIA E FINANZE</p> <p>UE = Unione Europea</p> <p>U.O. = UNITÀ OPERATIVA</p> <p>U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA</p>
---	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 86 di 164
--	---	----------------

XSD = XML Schema Definition	v. = vedi ver. = versione
	XML = <i>eXtensible Markup Language</i> XSD = <i>XML Schema Definition</i>

5.3 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
[R6] – D.G.R. Regione Piemonte n. 16-5226 del 16 gennaio 2013 “Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi formativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014”.	[R6] – D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.

5.4 Contesto di riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Il DM prevede la raccolta di informazioni relative alle strutture coinvolte, al personale addetto e alle attività erogate; il presente disciplinare tratta unicamente la raccolta delle informazioni delle attività.	Il DM [D1] prevede la raccolta di informazioni relative alle strutture coinvolte, al personale addetto e alle attività erogate; il presente disciplinare tratta unicamente la raccolta delle informazioni delle attività.

5.5 Modalità di movimentazione dei dati

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento: "I" per il primo invio "S" per sostituzione "C" per cancellazione il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato.	Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento: "I" per il primo invio "S" per sostituzione "C" per cancellazione il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato. La cancellazione di un record di un tracciato anagrafico comporta la eliminazione degli eventuali record Contatti e Prestazioni collegati relativi al semestre indicato nella chiave del record di cui è chiesta la cancellazione. Analogamente la cancellazione di un record di un tracciato Contatti implica l'eliminazione di eventuali record Prestazioni collegati relativi al semestre indicato nella chiave del record di cui è richiesta la cancellazione.

5.6 Sistema dei controlli

5.6.1 Controlli di tipo formale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	La maggior parte dei controlli di tipo formale è svolta al momento della compilazione dei tracciati, attraverso un meccanismo di "regole grammaticali" proprio dei tracciati XML e XSD, i quali, prima della trasmissione dei dati,

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 87 di 164
---	----------------

	<p>consentono di controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presenza del dato, se il campo è definito “obbligatorio” (l’omessa valorizzazione di campi obbligatori costituisce un errore); • formato del dato secondo quanto previsto, per ogni campo; • valore del campo compreso nell’intervallo di validità previsto; • correttezza del valore, se il campo è associato ad una lista chiusa di valori.
--	--

5.6.2 Controlli logici e normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>I controlli di livello logico e normativo, analogamente a tutti gli altri flussi di monitoraggio regionale, sono svolti a livello centrale.</p> <p>I dati, controllati formalmente a livello locale prima del loro invio, vanno messi in relazione tra loro secondo i criteri di congruenza nel seguito descritti. Qualora tali controlli evidenzino anomalie, solo il set di dati che contiene l’anomalia viene trattato come errato.</p> <p>Il ciclo dei controlli prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la memorizzazione dei dati nell’archivio operativo (che costituisce la fonte per il monitoraggio di livello regionale e per l’invio dei dati al NSIS) se non vengono riscontrati errori o anomalie bloccanti; - la restituzione all’Azienda inviante (in caso di presenza di uno o più errori) dei dati con la segnalazione del/degli errori riscontrati; i dati potranno essere reinviati dall’Azienda al sistema entro il limite di scadenza previsto. <p>In considerazione della specificità dei flussi trattati – per i quali le informazioni sono raccolte in itinere e non alla conclusione dell’assistenza prestata – i tracciati relativi ai dati anagrafici ed i tracciati relativi ai contatti possono essere inviati in modalità disgiunta dall’invio del tracciato delle prestazioni; tuttavia valgono le regole seguenti::</p> <ul style="list-style-type: none"> • saranno respinti i contatti per i quali i relativi record Anagrafica non siano stati precedentemente inviati o non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale; • saranno respinte le prestazioni per le quali i relativi record Anagrafica e Contatto non siano stati precedentemente inviati o non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale. 	<p>I controlli di livello logico e normativo, analogamente a tutti gli altri flussi di monitoraggio regionale, sono svolti a livello centrale.</p> <p>I dati, controllati formalmente a livello locale prima del loro invio, vanno messi in relazione tra loro secondo i criteri di congruenza nel seguito descritti. Qualora tali controlli evidenzino anomalie, solo il set di dati che contiene l’anomalia viene trattato come errato.</p> <p>Il ciclo dei controlli prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la memorizzazione dei dati nell’archivio operativo (che costituisce la fonte per il monitoraggio di livello regionale e per l’invio dei dati al NSIS) se non vengono riscontrati errori o anomalie bloccanti; - la restituzione all’Azienda inviante (in caso di presenza di uno o più errori) dei dati con la segnalazione degli errori rilevati; i record errati potranno essere nuovamente inviati dall’Azienda al Sistema di Monitoraggio regionale entro la scadenza prevista. <p>In considerazione della specificità dei flussi trattati – per i quali le informazioni sono raccolte in itinere e non alla conclusione dell’assistenza prestata – i tracciati relativi ai dati anagrafici ed i tracciati relativi ai contatti possono essere inviati in modalità disgiunta dall’invio del tracciato delle prestazioni; tuttavia valgono le regole seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • saranno respinti i contatti per i quali i relativi record Anagrafica non siano stati precedentemente inviati e non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale; • saranno respinte le prestazioni per le quali i relativi record Anagrafica e Contatto non siano stati precedentemente inviati e non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale. <p>N.B. Per ogni semestre è necessario inviare almeno una volta sia i tracciati anagrafici sia i tracciati di contatto relativi alle prestazioni erogate nel semestre stesso.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 88 di 164
--	---	----------------

5.7 Calendario degli invii

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall'Assessorato, con specifica DGR del Settore DB20-settore Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [R6].</p> <p>Indicativamente ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.</p> <p>Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle "eccezioni".</p> <p>Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza viene considerata la combinazione di "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0). Si ricorda che per il Flusso Informativo delle Attività di Salute Mentale, sia per i dati relativi al residenziale e semiresidenziale sia per quelli relativi al territorio, la Regione Piemonte ha l'obbligo di fornitura al Ministero, come riportato in [D5]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scadenza Semestrale; • i dati devono essere messi a disposizione entro sessanta giorni dalla fine del periodo di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro il mese successivo alla data limite d'invio.; • eventuali deroghe dovranno essere conformi a quanto previsto dall'art. 6 "Ritardi e inadempienze" del decreto del 15 Ottobre 2010 "Istituzione del Sistema Informativo Per La Salute Mentale". 	<p>Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall'Assessorato, con specifica DGR del Settore DB20-settore Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [R6].</p> <p>Indicativamente ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.</p> <p>Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle "eccezioni".</p> <p>Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza viene considerata la combinazione di "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0). Si ricorda che per il Flusso Informativo delle Attività di Salute Mentale, sia per i dati relativi al residenziale e semiresidenziale sia per quelli relativi al territorio, la Regione Piemonte ha l'obbligo di fornitura al Ministero, come riportato in [D5]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scadenza Semestrale; • i dati devono essere inoltrati al Sistema di Monitoraggio ministeriale entro sessanta giorni dalla fine del periodo di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro il mese successivo alla data limite d'invio.

5.8 Periodo di competenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Il periodo di competenza è determinato dalla combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0).</p> <p>Per le prestazioni, tali campi devono essere necessariamente congruenti con la data della prestazione stessa, indipendentemente dalla data di invio dei dati al Sistema di Monitoraggio regionale.</p> <p>In occasione dell'invio della prima prestazione del semestre inerente al medesimo assistito devono essere inviati al sistema sia la relativa anagrafica sia il relativo contatto, anche se non presentano variazioni rispetto precedente invio degli stessi. In tal caso "Anno di riferimento" e "Periodo di riferimento" di anagrafica e contatto dovranno essere valorizzati con i medesimi valori</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 89 di 164
--	---	----------------

	<p>della prestazione.</p> <p>Ad es., se la prestazione è del 25 dicembre 2013, il campo “Anno di riferimento” dovrà essere valorizzato con “2013” e il “Periodo di riferimento” con “S2”, anche se l’invio sarà stato effettuato nel corso del mese di gennaio 2014; inoltre, con gli stessi valori dovranno esser valorizzati i campi “Anno di riferimento” e “Periodo di riferimento” dei relativi Anagrafica e Contatto.</p>
--	---

5.9 Monitoraggio degli invii

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	<p>Il conferimento dei dati relativi al flusso SISM integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l’accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA).</p> <p>Rientrano tra i criteri di monitoraggio per la valutazione dell’adempienza regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trasmissioni dei dati riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre; • trasmissioni dei dati riferite a tutte le aziende sanitarie della Regione tenute all’invio dei flussi SISM.

5.10 Tracciati record

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Premessa</p> <p>Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Territorio (SMT-RP) è costituito da tre tracciati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGT): contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Contatto” (CONTT): contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Prestazione” (PRESTT): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie in ambito territoriale ricevute dall’utente oggetto della rilevazione. <p>Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP) è costituito da tre tracciati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGRS): contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Contatto” (CONTRS): contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Prestazioni Residenziali” (PRESTR): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito residenziale dall’utente 	<p>Premessa</p> <p>Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Territorio (SMT-RP) è costituito da tre tracciati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGT): contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Contatto” (CONTT): contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Prestazione” (PRESTT): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie in ambito territoriale ricevute dall’utente oggetto della rilevazione. <p>Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP) è costituito da quattro tracciati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGRS): contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Contatto” (CONTRS): contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione, - Tracciato “Dati di Prestazioni Residenziali” (PRESTR): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito residenziale dall’utente

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 90 di 164
--	---	----------------

<p>oggetto della rilevazione.</p> <p>- Tracciato “Dati di Prestazioni SemiResidenziali” (PRESTS): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito semiresidenziale dall’utente oggetto della rilevazione.</p> <p>I tracciati “Dati anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che è rappresentata dall’identificativo dell’assistito. I tracciati “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che è rappresentata dall’identificativo del contatto.</p> <p>L'accettazione del tracciato “Dati di Contatto” è subordinato alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati anagrafici” collegato.</p> <p>L'accettazione del tracciato “Dati di Prestazioni” è subordinato alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati di Contatto” collegato.</p>	<p>oggetto della rilevazione.</p> <p>- Tracciato “Dati di Prestazioni SemiResidenziali” (PRESTS): contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito semiresidenziale dall’utente oggetto della rilevazione.</p> <p>I tracciati “Dati anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che include l’identificativo AURA dell’assistito oppure un identificativo assistito in eventuale associazione con il Codice fiscale assistito laddove risulti mancante l’identificativo AURA.</p> <p>I tracciati “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che include l’identificativo del contatto nonché l’identificativo AURA dell’assistito oppure un identificativo assistito in eventuale associazione con il Codice fiscale assistito.</p> <p>L'accettazione del tracciato “Dati di Contatto” è subordinata alla precedente corretta accettazione da parte del Sistema di Monitoraggio regionale del tracciato “Dati anagrafici” collegato.</p> <p>L'accettazione del tracciato “Dati di Prestazioni” è subordinata alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati di Contatto” collegato.</p>
--	--

5.10.1 Codifica Identificativo dell’assistito

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>In tutte e tre le tipologie di tracciato, “Dati Anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazione” occorre identificare in maniera univoca l’assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per i cittadini residenti in Regione Piemonte è necessario fornire l’Identificativo AURA; il record relativo verrà scartato in caso di identificativo non valido; • per i cittadini residenti al di fuori della Regione Piemonte, per i quali non sia disponibile un Identificativo AURA, occorre indicare il Codice fiscale dell’assistito ed associare ad esso un identificativo dell’assistito univoco nell’ambito del DSM, Tale identificativo dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. La procedura verificherà la validità del Codice fiscale per mezzo del sistema TS; il record verrà scartato in caso di Codice fiscale non valido. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi “Cittadinanza”, “Regione Residenza”, “ASL Residenza” il codice appropriato; • per i cittadini senza fissa dimora o che risiedono all’estero o per gli assistiti per i quali non sia possibile risalire alla provenienza/residenza, per i quali non sia disponibile né un Identificativo AURA né un Codice fiscale è necessario che ogni DSM di riferimento generi un proprio identificativo univoco dell’assistito, che dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo 	<p>In tutte le tipologie di tracciato, “Dati Anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazione” occorre identificare in maniera univoca l’assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per i cittadini residenti in Regione Piemonte è necessario fornire l’Identificativo AURA; il record relativo verrà scartato in caso di identificativo non valido; • per i cittadini residenti al di fuori della Regione Piemonte, per i quali non sia disponibile un Identificativo AURA, occorre indicare il Codice fiscale dell’assistito ed associare ad esso un identificativo dell’assistito univoco nell’ambito del DSM, Tale identificativo dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. La procedura verificherà la validità del Codice fiscale per mezzo del sistema TS; il record verrà scartato in caso di Codice fiscale non valido. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi “Regione Residenza”, “Provincia e Comune o Stato estero di residenza”, “Codice ASL Residenza”, “Identificativo assistito”, “Cognome”, “Nome” “Data di nascita”, “Sesso”, “Provincia e Comune o Stato estero di nascita”, “Cittadinanza” i valori opportuni ed i codici appropriati; • per i cittadini senza fissa dimora o che risiedono all’estero o per gli assistiti per i quali non sia possibile risalire alla provenienza/residenza, per i quali non sia

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 91 di 164
---	------------------------------

<p>stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi "Cittadinanza", "Regione Residenza", "ASL Residenza" il codice appropriato.</p>	<p>disponibile né un Identificativo AURA né un Codice fiscale è necessario che ogni DSM di riferimento generi un proprio identificativo univoco dell'assistito, che dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi "Regione Residenza", "Provincia e Comune o Stato estero di residenza", "Codice ASL Residenza", "Cognome", "Nome" "Data di nascita", "Sesso", "Provincia e Comune o Stato estero di nascita", "Cittadinanza" i valori opportuni ed i codici appropriati.</p>
---	--

5.11 SCHEDE ANALITICHE

5.11.1 Scheda 01.0: Anno di riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI:
2010 – 9999	2012 – 9999
CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. S01 – Invio in extracompetenza. S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.	CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S01 – Invio in extracompetenza. S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

5.11.2 Scheda 02.0: Codice Regione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
------------------	---------------------

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 92 di 164
--	---	----------------

<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. all'interno del file di invio. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>
---	--

5.11.3 Scheda 03.0: Periodo di riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. S01 – Invio in extracompetenza. S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio.. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S01 – Invio in extracompetenza. S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 93 di 164
--	---	----------------

--	--

5.11.4 Scheda 04.0: Codice Azienda Sanitaria di Riferimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio.. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>

5.11.5 Scheda 05.0: Codice Dipartimento Salute Mentale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 94 di 164
--	---	----------------

5.11.6 Scheda 06.0: Tipo Movimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.	CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

5.11.7 Scheda 07.0: Identificativo AURA

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA , Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA , Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

5.11.8 Scheda 09.0: Codice Professionale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: N	FORMATO: AN

5.11.9 Scheda 12.0: Regione di residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza. L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza. L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza. L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 95 di 164
---	----------------

residenza. L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.	Comune o Stato estero di residenza. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.
---	---

5.11.10 Scheda 13.0: Provincia e Comune o Stato estero di residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza. L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza. L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza. L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza. L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.

5.11.11 Scheda 14.0: Codice ASL di residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza. L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza. L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.

5.11.12 Scheda 15.0: Codice fiscale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L07 – Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.	CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. all'interno del file di invio.. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 96 di 164
--	---	----------------

5.11.13 Scheda 16.0: *Identificativo Assistito*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L07 – Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio. N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Da compilare esclusivamente in assenza di Identificativo AURA, con un codice univocamente associato al codice fiscale dell'assistito ed univoco nell'ambito del DSM</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Da compilare esclusivamente in assenza di Identificativo AURA, con un codice univoco nell'ambito del DSM ed univocamente associato al codice fiscale dell'assistito laddove disponibile.</p>

5.11.14 Scheda 17.0: *Cognome*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>

5.11.15 Scheda 18.0: *Nome*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>

5.11.16 Scheda 19.0: Data di nascita

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. S02 – Assistito in età pediatrica. S03 – Assistito anziano.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. S02 – Assistito in età pediatrica. S03 – Assistito anziano.</p>

5.11.17 Scheda 20.0: Sesso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>

5.11.18 Scheda 21.0: Provincia e Comune o Stato estero di Nascita

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>

5.11.19 Scheda 22.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito. L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.</p>

5.11.20 Scheda 23.0: Codice Struttura

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>DESCRIZIONE CAMPO Codice STS11 della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.</p>	<p>DESCRIZIONE CAMPO Codice STS11 o HSP11bis della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.</p>
<p>LUNGHEZZA: 6</p>	<p>LUNGHEZZA: 6 oppure 8</p>
<p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11, HSP11bis (v. Osservazioni e Precisazioni)</p>	<p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11</p>
<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 98 di 164
--	---	----------------

<p>mancato abbinamento ad un contatto. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.</p>	<p>N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Deve essere indicato il Codice della Struttura di erogazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura di ricovero: codice HSP11bis di otto cifre*; - Altra struttura sanitaria: STS11. <p>* Al fine di semplificare la rilevazione degli istituti non organizzati in molteplici strutture, la compilazione del campo è effettuata aggiungendo il suffisso “00” al codice HSP11 di sei cifre, qualora trattasi effettivamente di istituti di ricovero privi di substrutture organizzative.</p>

5.11.21 Scheda 25.0: Identificativo Contatto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità:	Modalità:
CONTRS: CON PRESTR: CON PRESTS: CON	CONTRS: OBB PRESTR: OBB PRESTS: OBB
CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.	CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all’interno del file di invio. N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio. S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

5.11.22 Scheda 26.0: Data apertura scheda paziente

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
DESCRIZIONE CAMPO Codice STS11 della Struttura con cui l’assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.	DESCRIZIONE CAMPO Codice STS11 o HSP11bis della Struttura con cui l’assistito ha avuto il contatto / erogazione della

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 99 di 164
---	----------------

	prestazione.
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Per il tracciato territoriale (CONTT) dev'essere indicata la data di presa in carico presso i servizi territoriali/ambulatoriali; in caso di ricovero in struttura, in concomitanza del ricovero non è necessario indicare una "Data Chiusura Scheda Paziente" qualora il paziente rimanga comunque in carico agli stessi servizi territoriali/ambulatoriali che continueranno ad assisterlo post ricovero - ed eventualmente anche durante lo stesso.</p> <p>Per il tracciato residenziale/semiresidenziale (CONTRS) deve essere indicata la data di presa in carico presso la struttura residenziale/semiresidenziale e non quella di presa in carico territoriale.</p>

5.11.23 Scheda 27.0: Diagnosi di apertura

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).</p> <p>I codici ICD-9 CM devono essere inseriti privi del punto - o della virgola - di separazione, ma comprensivi di ogni lettera e di ogni cifra significativa, inclusi eventuali zeri iniziali facenti parte di cifre alla sinistra del punto nonché eventuali zeri finali facenti parte di cifre alla destra del punto (ad es., il codice "296.80" - corrispondente a "Disturbo bipolare non specificato" - dovrà essere inserito come "29680").</p>

5.11.24 Scheda 26.0: Data apertura scheda paziente

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Codice STS11 della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.</p>	<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Codice STS11 o HSP11bis della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.</p>
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Per il tracciato territoriale (CONTT) dev'essere indicata la data di presa in carico presso i servizi territoriali/ambulatoriali; in caso di ricovero in struttura, in concomitanza del ricovero non è necessario indicare una "Data Chiusura Scheda Paziente" qualora il paziente rimanga comunque in carico agli stessi servizi territoriali/ambulatoriali che continueranno ad assisterlo</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 100 di 164
--	---	-----------------

	<p>post ricovero - ed eventualmente anche durante lo stesso.</p> <p>Per il tracciato residenziale/semiresidenziale (CONTRS) deve essere indicata la data di presa in carico presso la struttura residenziale/semiresidenziale e non quella di presa in carico territoriale.</p>
--	---

5.11.25 Scheda 28.0: Presenza di piano terapeutico

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: AN	FORMATO: N

5.11.26 Scheda 30.0: Inviante per Primo Contatto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI: 1 = accesso diretto 2 = medico di medicina generale 3 = ospedale e altre strutture sanitarie e sociosanitarie non psichiatriche 4 = altri DSM e strutture psichiatriche private 5 = servizi pubblici non sanitari 9 = sconosciuto	VALORI AMMESSI: 1 = accesso diretto 2 = medico di medicina generale 3 = ospedale e altre strutture 4 = altri DSM e strutture psichiatriche private 5 = servizi pubblici non sanitari 9 = sconosciuto

5.11.27 Scheda 31.0: Data chiusura Scheda Paziente

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità: CONTT: NBB CONTRS: NBB	Modalità: CONTT: CON CONTRS: CON
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e Periodo di competenza. L03 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente. L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente. L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.	CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e Periodo di competenza. L03 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente. L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente. L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente. L22 – Congruenza tra Data chiusura scheda Paziente, Diagnosi chiusura, Modalità conclusione. S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 101 di 164
--	---	-----------------

	Per il tracciato territoriale (CONTT), nel caso in cui l'assistito venga ricoverato in una struttura residenziale/semiresidenziale, ma rimanga comunque in carico agli stessi servizi territoriali/ambulatoriali (che continueranno ad assisterlo post ricovero – ed eventualmente anche durante il medesimo), non è necessario indicare una “Data chiusura Scheda Paziente”.
--	---

5.11.28 Scheda 32.0: Diagnosi di chiusura

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità: CONTT: NBB CONTRS: NBB	Modalità: CONTT: CON CONTRS: CON
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI L23 – Congruenza tra Diagnosi chiusura, Data chiusura scheda Paziente, Modalità conclusione.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO. Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche). I codici ICD-9 CM devono essere inseriti privi del punto - o della virgola - di separazione, ma comprensivi di ogni lettera e di ogni cifra significativa, inclusi eventuali zeri iniziali facenti parte di cifre alla sinistra del punto nonché eventuali zeri finali facenti parte di cifre alla destra del punto (ad es., il codice "296.80" - corrispondente a "Disturbo bipolare non specificato" - dovrà essere inserito come "29680").

5.11.29 Scheda 33.0: Modalità di conclusione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità: CONTT: NBB CONTRS: NBB	Modalità: CONTT: CON CONTRS: CON
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI L24 – Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda Paziente, Diagnosi chiusura.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 102 di 164
--	---	-----------------

5.11.30 Scheda 35.0: Motivo erogazione contributo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: AN	FORMATO: N

5.11.31 Scheda 37.0: Motivo cessazione contributo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: AN	FORMATO: N

5.11.32 Scheda 38.0: Progressivo Prestazioni per Contatto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI: Valori compresi tra “01” a “99999”	VALORI AMMESSI: Valori compresi tra “1” e “99999”
CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata	CONTROLLI APPLICATI N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all’interno del file di invio. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

5.11.33 Scheda 39.0: Data Intervento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata	CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata. all’interno del file di invio. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI La data intervento per le prestazioni semiresidenziali significa data puntuale di ogni singola presenza giornaliera (esempio: se un soggetto è stato inserito in una struttura semiresidenziale per 9 mesi occorre inviare 270 record prestazione), poiché non è possibile raggruppare per tipo intervento, ma è necessario inviare il dettaglio giornaliero degli interventi effettuati.

5.11.34 Scheda 40.0: Tipo Intervento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: N	FORMATO: AN

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 103 di 164
--	---	-----------------

5.11.35 Scheda 47.0: Proposta di TSO

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
FORMATO: AN	FORMATO: N

5.11.36 Scheda 48.0: Prestazione erogata con ricetta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
DESCRIZIONE CAMPO Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario .	DESCRIZIONE CAMPO Prestazione erogata con ricetta.
FORMATO: AN	FORMATO: N
CONTROLLI APPLICATI L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta.	CONTROLLI APPLICATI L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta. L21 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato numero ricetta.

5.11.37 Scheda 49.0: Numero ricetta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
DESCRIZIONE CAMPO Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario .	DESCRIZIONE CAMPO Numero della ricetta per la prestazione erogata con ricetta.
FORMATO: AN	FORMATO: N
CONTROLLI APPLICATI L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta.	CONTROLLI APPLICATI L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta. L21 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato numero ricetta.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Se trattasi di ricetta ordinaria del SSN (ricetta "rossa"), il numero ricetta dev'essere privo delle parti alfabetiche e deve rispettare il seguente schema: codice regione (3 cifre) + anno di erogazione (2 cifre, formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + codice di controllo (1 cifra).

5.11.38 Scheda 51.0: Quota sanitaria

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
LUNGHEZZA: 5	LUNGHEZZA: 7
FORMATO: NN	FORMATO: NNNN.NN

5.11.39 Scheda 52.0: Quota sociale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
LUNGHEZZA: 5	LUNGHEZZA: 7
FORMATO: NN	FORMATO: NNNN.NN

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 104 di 164
--	---	-----------------

5.11.40 Scheda 53.0: Quota assistito

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
LUNGHEZZA: 5	LUNGHEZZA: 7
FORMATO: NN	FORMATO: NNNN.NN

5.11.41 Scheda 54.0: Altre quote

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
LUNGHEZZA: 5	LUNGHEZZA: 7
FORMATO: NN	FORMATO: NNNN.NN

5.11.42 Scheda 56.0: Data ammissione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. L12 – Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione. L15 – Congruenza tra Data ammissione e Data apertura scheda paziente. L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.	CONTROLLI APPLICATI L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza. L12 – Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione. L15 – Congruenza tra Data ammissione e Data apertura scheda paziente. L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente. N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata. N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio. N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

5.11.43 Scheda 58.0: Data ammissione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

5.12 Controlli logici-normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Premessa	Premessa
È articolata in quattro colonne:	La tabella dei controlli logici e normativi è articolata in quattro colonne:
N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle	N° Indica il numero progressivo del controllo cui si

<p>schede:</p> <p>Lxx = controllo logico Nxx = condizione di record non elaborabile</p> <p>Descrizione dei controlli Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.</p> <p>Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:</p> <p>L = controllo logico F = controllo formale N = controllo bloccante S = segnalazione</p> <p>Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "“correttezza logica”", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.</p> <p>L'insieme dei dati utilizzati per la rettifica o la cancellazione di dati precedentemente trasmessi (vedi elenco nei singoli tracciati) identificano in modo univoco il record da aggiornare o eliminare. Qualora l'errore si riferisca ad uno dei campi di cui sopra il record non potrà essere rettificato ma annullato e ritrasmesso (vedi campo "Tipo Operazione").</p>	<p>fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede:</p> <p>Fxx = controllo formale Lxx = controllo logico Nxx = condizione di record non elaborabile Sxx = segnalazione</p> <p>Descrizione dei controlli Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.</p> <p>Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:</p> <p>L = controllo logico F = controllo formale N = controllo bloccante S = segnalazione</p> <p>Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "“correttezza logica”", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.</p> <p>L'insieme dei dati utilizzati per la rettifica o la cancellazione di dati precedentemente trasmessi (vedi elenco nei singoli tracciati) identificano in modo univoco il record da aggiornare o eliminare. Qualora l'errore si riferisca ad uno dei campi di cui sopra il record non potrà essere rettificato ma annullato e ritrasmesso (vedi campo "Tipo Operazione").</p> <p>Gli errori relativi ai soli obbligatorietà di compilazione e valori ammessi sono segnalati nelle restituzioni con la sigla "OBVA" ed il numero della scheda relativa al campo contenente l'errore (ad es., OBVA43.0).</p>
--	---

5.12.1 Controllo L03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Data apertura scheda paziente (26.0) dev'essere maggiore o uguale alla Data chiusura scheda 	<p>Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Data apertura scheda paziente (26.0) dev'essere minore o uguale alla Data chiusura scheda

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 106 di 164
--	---	-----------------

paziente (31.0).	paziente (31.0).
------------------	------------------

5.12.2 *Controllo L07*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se il Codice fiscale (15.0) è compilato, allora il campo Identificativo assistito (16.0) deve essere valorizzato e deve corrispondere univocamente al Codice fiscale indicato nell'ambito del DSM. 	<i>n.a.</i>

5.12.3 *Controllo L08*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se è compilato il Codice fiscale (15.0) oppure il solo Identificativo assistito (16.0), allora i campi Regione di residenza (12.0), Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0), Codice ASL di residenza (14.0), Codice fiscale (15.0), Cognome (17.0), Nome (18.0), Data di nascita (19.0), Sesso (20.0), Provincia e Comune o Stato estero di nascita (21.0), Cittadinanza (22.0) devono essere valorizzati. 	<i>n.a.</i>

5.12.4 *Controllo L11*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta: <ul style="list-style-type: none"> Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato, allora il Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato. 	Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta: <ul style="list-style-type: none"> Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato e valorizzato con 1 ("Ricetta ordinaria del SSN) o 2 ("Ricetta ordinaria non rimborsabile), allora il Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato.

5.12.5 *Controllo L21*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato numero ricetta: <ul style="list-style-type: none"> Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato e valorizzato con 1 ("Ricetta ordinaria del SSN), allora il campo "Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato con un codice ricetta SSN valido sulla base del seguente schema: codice regione (3 cifre) + anno di erogazione (2 cifre, formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + codice di controllo (1 cifra).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 107 di 164
--	---	-----------------

5.12.6 Controllo L22

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Data chiusura scheda paziente, Diagnosi chiusura, Modalità conclusione: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo Data chiusura scheda paziente (31.0) è compilato, allora i campi Diagnosi chiusura (32.0) e Modalità conclusione (33.0) devono essere valorizzati.

5.12.7 Controllo L23

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Diagnosi chiusura, Data chiusura scheda paziente, Modalità conclusione: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo Diagnosi chiusura (32.0) è compilato, allora i campi Data chiusura scheda paziente (31.0) e Modalità conclusione (33.0) devono essere valorizzati.

5.12.8 Controllo L24

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda paziente, Diagnosi chiusura: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo Modalità conclusione (33.0) è compilato, allora i campi Data chiusura scheda paziente (31.0) e Diagnosi chiusura (32.0) devono essere valorizzati.

5.12.9 Controllo N01

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record: <ul style="list-style-type: none"> • il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non avviata. 	Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record: <ul style="list-style-type: none"> • il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non avviata. Il controllo viene effettuato se è valorizzata la "data chiusura competenza"; viene verificato che se la data chiusura competenza è valida non sono accettati dati con "data notifica" (la data di presa in carico del flusso) superiore; mentre se la data chiusura competenza è nulla vengono accettati tutti i flussi indipendentemente dalla data notifica e di chiusura competenza.

5.12.10 Controllo N03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Scheda non elaborata per chiave duplicata: <ul style="list-style-type: none"> • non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento = "I" – un 	Scheda non elaborata per chiave duplicata nel medesimo file di invio: <ul style="list-style-type: none"> • non deve essere presente nel medesimo file di

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 108 di 164
--	---	-----------------

record avente medesima Chiave univoca di identificazione.	invio un record avente medesima Chiave univoca di identificazione.
---	--

5.12.11 *Controllo N10*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio: <ul style="list-style-type: none"> • non deve essere presente in archivio, se tipo movimento = 'I', un record avente medesima Chiave univoca di identificazione.

5.12.12 *Segnalazione S01*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Invio in extracompetenza: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza. 	Invio in extracompetenza: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza. Il controllo deve essere eseguito confrontando anno - periodo di competenza con la data chiusura_mese presente tra i parametri di sistema.

5.12.13 *Segnalazione S02*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Assistito in età pediatrica: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età minore di 14 anni. 	Assistito in età pediatrica: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età minore di 14 anni. Il controllo deve essere eseguito confrontando la data di nascita con la data termine del periodo di riferimento (anno + periodo esempio 2013-S1 = 30/06/2013)

5.12.14 *Segnalazione S03*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Assistito anziano: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni. 	Assistito anziano: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni. Il controllo deve essere eseguito confrontando la data di nascita con la data termine del periodo di riferimento (anno + periodo esempio 2013-S1 = 30/06/2013)

5.12.15 *Segnalazione S04*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record per i quali, in 	Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record per i quali, in

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 109 di 164
---	-----------------

Anagrafe Strutture (ASN), al codice Matricola Unità Produttiva (25.0) indicato non è associato il codice attività previsto (attività psichiatrica).	Anagrafe Strutture (ASN), al codice Matricola Unità Produttiva (24.0) indicato non è associato il codice attività previsto (attività psichiatrica). [S05, S11]
---	--

5.12.16 Segnalazione S07

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Contatti aperti su stessa struttura: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali, per il medesimo assistito, è già presente in archivio (anche eventualmente relativo a periodi di riferimento diversi) un contatto aperto presso la stessa struttura (23.0), anche se con identificativo contatto (25.0) diverso.

5.12.17 Segnalazione S08

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi: <ul style="list-style-type: none"> • per tipo movimento = 'C' vengono segnalati i record anagrafica (ANAGT, ANAGRS) per i quali, è stata richiesta una cancellazione per un certo periodo (anno-semester) ed esiste una stessa anagrafica in un periodo successivo.

5.12.18 Controllo F01

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Valore obbligatorio non inserito. (Applicato a tutti i campi obbligatori)

5.12.19 Controllo F02

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Formato non valido (Applicato a tutti i campi)

5.12.20 Controllo F03

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Valore inserito non ammesso (Applicato a tutti i campi interessati)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 110 di 164
--	---	-----------------

6. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICODEL FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- erito Sommario; Ins
- erita Cronologia variazioni; Ins
- giornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; Ag
- giornata elenco Riferimenti normativi; Ag
- giornata tabella Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali; Ag
- mpo 02.0: aggiornata denominazione controllo L17; aggiunti controlli L56, L57; inserita segnalazione S07; Ca
- mpi 06.0, 28.0: aggiunti controlli L56, L57; Ca
- mpi 30.0, 32.0: aggiornata denominazione controllo L17; inserita segnalazione S07; Ca
- mpo 12.0: rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06; Ca
- mpo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06, aggiornate Osservazioni e Precisazioni; Ca
- mpo 27.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornata Legenda codici in Osservazioni e Precisazioni; Ca
- mpo 108.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornate Osservazioni e Precisazioni; Ca
- mpo 109.0: aggiornate Osservazioni e Precisazioni; Ca
- ntrollo L09: controllo eliminato; Co
- ntrollo L17: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo; Co
- ntrollo L36: aggiornate prescrizioni controllo; Co
- ntrollo L46: migliorata descrizione controllo; Co
- ntrolli L56, L57: nuovo inserimento; Co
- gnalazioni S06, S07: nuovo inserimento. Se

6.1 Sommario

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	SOMMARIO
	CRONOLOGIA VARIAZIONI 3
	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO 6
	OBIETTIVI 6

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 111 di 164
---	-----------------

	STRUTTURA DEL DOCUMENTO 6 GENERALITÀ 7 ACRONIMI, SIGLE ED ABBREVIAZIONI 7 RIFERIMENTI NORMATIVI 9 CONTESTO DI RIFERIMENTO 11 REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE 14 SISTEMA DEI CONTROLLI 15 CALENDARIO DEGLI INVII 16 ALLEGATI 17 TRACCIATI RECORD 17 LE SCHEDE ANALITICHE 31 COMBINAZIONI AMMESSE PER I CAMPI RELATIVI ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA 171 TABELLA DEI CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI 172
--	---

6.2 Cronologia variazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA	
<i>n.a.</i>	DATA	VARIAZIONE
	14/05/14	<ul style="list-style-type: none"> - Inserito Sommario; - Inserita Cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornato elenco Riferimenti normativi; - Aggiornata tabella Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali; - Campo 02.0: aggiornata denominazione controllo L17; aggiunti controlli L56, L57; inserita segnalazione S07; - Campi 06.0, 28.0: aggiunti controlli L56, L57; - Campi 30.0, 32.0: aggiornata denominazione controllo L17; inserita segnalazione S07; - Campo 12.0: rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06; - Campo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06, aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Campo 27.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornata Legenda codici in Osservazioni e Precisazioni; - Campo 108.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornate Osservazioni e Precisazioni;

	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 109.0: aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Controllo L09: controllo eliminato; - Controllo L17: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo; - Controllo L36: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L46: migliorata descrizione controllo; - Controlli L56, L57: nuovo inserimento; - Segnalazioni S06, S07: nuovo inserimento.
	<p>20/12/13</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Contesto di riferimento: aggiornato elenco codici attività residenziale e semiresidenziale; - Tracciati record: aggiornamento campi chiave, per coerenza con le specifiche ministeriali; inseriti chiarimenti per la sostituzione e la cancellazione di prestazioni nell'ambito dello stesso accesso; - Campo 01.0, 04.0: applicati nuovi controlli N02, N06, N07, N08, N09, N10; - Campo 02.0: applicati nuovi controlli L55, N02, N06, N07; - Campi 03.1, 03.2: applicati nuovi controlli L55, N02, N06, N07, N09; estesa applicazione controlli L16, L17, L23, L45; - Campo 06.0: specificata tabella di riferimento; inserimento del campo in chiave; aggiornate osservazioni e precisazioni; applicati nuovi controlli N06, N07; - Campi 09.0, 21.0, 106.0: applicato nuovo controllo L07; - Campi 11.0, 17.0: aggiornate osservazioni e precisazioni; - Campi 12.0: applicato nuovo controllo L09; - Campo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà e applicato nuovo controllo L09; - Campo 24.0 tracciato RES: aggiornati

valori ammessi e legenda codici struttura di provenienza;

- Campi 27.0 applicato nuovo controllo N06; tracciato RES: inserita segnalazione S05, in coerenza con specifiche ministeriali;
- Campo 28.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli L07, N06, N07; tracciato RES: aggiornate osservazioni e precisazioni, in conformità a specifiche ministeriali;
- Campi 29.0, 30.0: inserimento dei campi in chiave; applicati nuovi controlli N06, N07;
- Campo 33.0: applicato nuovo controllo L55;
- Campo 34.2 tracciato RES: inserita segnalazione S05, in coerenza con specifiche ministeriali;
- Campo 37.0, 80.0, 103.0, 107.0, 112.0: ribadito inserimento campi in chiave; applicati nuovi controlli N08, N09, N10;
- Campo 38.0: inserimento del campo in chiave; aggiornata descrizione campo e applicato nuovi controlli L07, N09, N10;
- Campi 69.0, 70.0: applicato nuovo controllo L12; aggiornate osservazioni e precisazioni;
- Campi 81.0, 108.0, 113.0: inserimento dei campi in chiave; applicati nuovi controlli L07, N09, N10;
- Campo 82.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli N09, N10;
- Campo 85.0: inserimento del campo in chiave; applicato nuovo controllo L13;
- Campo 104.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli L07, N09, L53, N10;
- Campo 106.0: applicato nuovo controllo L53;
- Campo 108.0: inserimento del campo in chiave; applicato nuovo controllo L07; tracciato RES: aggiornate osservazioni e precisazioni, in conformità a specifiche ministeriali;
- Campo 109.0: aggiornati valori ammessi; tracciato RES: aggiornata legenda codici tipologia dimissione, in coerenza con specifiche ministeriali;

	<ul style="list-style-type: none"> - Campi 111.1, 111.2, 111.3, 111.4: aggiornata lunghezza campo; tracciato DOM: aggiornate liste soggetti valutatori; - Campo 113.0: inserimento del campo in chiave; - Controlli L07, L09, L12, L13, L53, L55, N02, N06, N07, N08, N09, N10: nuovo inserimento; - Controlli L15, L30 tracciato DOM: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L16, L17 tracciato RES: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L20, L23, L27, L34, L39, L40, L45, N01, N04, N05: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L23 tracciato RES: aggiunta gestione case di cura; - Controlli L29, L31, L39, L42, L44, L48, N03: perfezionate descrizioni; - Controllo L45, tracciato RES: aggiornato elenco codici attività residenziale e semiresidenziale ammessi; - Segnalazione S03: eliminata; - Segnalazioni S04, S05: nuovo inserimento.
	<p>08/11/10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 31.0: indicato valore 999999 per Matricola Unità Produttiva non censita in Anagrafe Strutture; - Campo 32.0: incrementata lunghezza del campo a 11 caratteri; - Campo 111.1, tracciato DOM: inserita nuova tipologia valutatore (9 = Logopedista); - Campi 111.2, 111.3, 111.4: inserita nuova tipologia valutatore (9 = Logopedista);
	<p>20/09/10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 38.0: inserito nuovo controllo L51; - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 39.0: inseriti nuovi controlli L46, L49; - Campi 03.1, 03.2, 38.0, 39.0: inserito nuovo controllo L52; - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 37.0, 39.0: inserito nuovo controllo L37; - Campi 04.0, 37.0, 39.0: inserito nuovo controllo L25; - Campo 27.0, tracciato DOM: inserite nuove Tipologie di cura ed estesi

controlli L29 e L41 (8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009); 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009); 10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009); 11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009); 12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009); 13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13192/2009));

- Campi 27.0, 37.0-79.0, 111.1-111.4, 115.0: modificati controlli L29, L41;
- Campi 27.0, 112.0, 113.0, 114.0: modificato controllo L43;
- Campo 34.1: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'ASL al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'ASL alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico));
- Campo 34.2: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'utente o dai sui familiari al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'utente o dai sui familiari alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico));
- Campo 34.3: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico));
- Campo 39.0: eliminata applicazione controllo L30;
- Campi 39.0, 41.0-42.5, 115.0: eliminato controllo L24: vincolo rilevazione patologia prevalente, concomitante e

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 116 di 164
--	---	-----------------

	<p>neurologica solo alla prima valutazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 41.0: inserita applicazione controllo L30, eliminata applicazione controllo L41; - Campo 41.0, tracciato RES: inserita compilazione obbligatoria; - Campo 109.0, tracciato RES: modificati codici Motivo Conclusione assistenza (1 = Dimissione a domicilio senza assistenza; 2 = Dimissione a domicilio con assistenza; 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti; 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza; 5 = Decesso; 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota; 9 = Dimissione per cambio struttura); - Campo 105.0, tracciato RES: modificati i codici Motivazione della sospensione (1 = ricovero temporaneo in Ospedale; 2 = allontanamento temporaneo; 3 = altro); - Campo 107.0: corretta lunghezza del campo nella tabella di riepilogo (AN 15 anziché 12); - Inserita nuova segnalazione S03; <p>Versione iniziale del documento.</p>
--	---

6.3 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
A = ALFABETICO	A = ALFABETICO
ADI = ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	ADI = ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP = ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA	ADP = ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AN = ALFANUMERICO	AIC = Area Interaziendale di Coordinamento
ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE	AN = ALFANUMERICO
ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE	AO = AZIENDA OSPEDALIERA
AO = AZIENDA OSPEDALIERA	AS = Azienda Sanitaria
Ass. = assistenza	ASL = AZIENDA SANITARIA LOCALE
CDA = Centro Diurno Alzheimer	ASN = Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte
CTR = CONTROLLO	ASR = AZIENDA SANITARIA REGIONALE
D = DATA	Ass. = assistenza
DD = Determina Dirigenziale	B.U.R.P.= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
DDL = Disegno di Legge	CDA = Centro Diurno Alzheimer
DGR = Deliberazione della Giunta Regionale	Cfr. = confronta, <i>confer</i>
DL = Decreto Legge	CON = CONDIZIONATO
D.lgs = Decreto legislativo	CTR = CONTROLLO
DM = DECRETO MINISTERIALE	D = DATA
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	

DRG = <i>Diagnosis-RelatedGroups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)	DD = Determina Dirigenziale
ECG = ElettroCardioGramma	DDL = Disegno di Legge
FAR = Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali	DGR = Deliberazione della Giunta Regionale
FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	DL = Decreto Legge
G.U. = Gazzetta Ufficiale	D.lgs = Decreto legislativo
HGT = <i>Haemo-Gluco-Test</i>	DM = DECRETO MINISTERIALE
ICD9CM = <i>International Classification of Diseases, 9th revision, ClinicalModification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)	DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
IRCCS = ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	DRG = <i>Diagnosis-RelatedGroups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
L. = Legge (nazionale)	ECG = ElettroCardioGramma
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza	es. = esempio
LIS = <i>Locked-in Syndrome</i>	FAR = Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali
MDC = MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES	FIM = FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)	FS = Federazione (sanitaria) Sovrazonale
MMG = Medico di medicina generale	FSN = Fondo Sanitario Nazionale
N. = NUMERICO	FSR = Fondo Sanitario Regionale
n.a. = non applicabile	G.U. = Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
NAC = Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche	HGT = <i>Haemo-Gluco-Test</i>
NAT = Nuclei Alzheimer Temporaneo	ICD9CM = <i>International Classification of Diseases, 9th revision, ClinicalModification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
N.B. = nota bene	IRCCS = ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
NBB = NON OBBLIGATORIO	L. = Legge (nazionale)
NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)	LEA = Livelli Essenziali di Assistenza
NSV = Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo e in stato di minima coscienza	LIS = <i>Locked-in Syndrome</i>
OBB = OBBLIGATORIO	MDC = MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
PLS = Pediatra di libera scelta	MdS = Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
RA = RESIDENZA ANZIANI	MMG = Medico di medicina generale
RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE	MRA = Monitoraggio della Rete di Assistenza
RP = Regione Piemonte	n. / num. = numero
RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	N. = NUMERICO
RSA = RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE	n.a. = non applicabile
	NAC = Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche
	NAT = Nuclei Alzheimer Temporaneo
	N.B. = nota bene
	NBB = NON OBBLIGATORIO
	NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)
	NSV = Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo

<p>SEE = Spazio Economico Europeo SIAD = Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SID = SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SLA = Sclerosi Laterale Amiotrofica SM = Sclerosi Multipla s.m.i. = successive modificazioni e/o integrazioni SMC = Stato di Minima Coscienza SV = Stato Vegetativo</p> <p>U.O. = UNITÀ OPERATIVA U.O.C.P. = UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA U.V. = Unità di Valutazione U.V.G. = Unità di Valutazione Geriatrica</p> <p>VAC = <i>Vacuum Assisted Closure</i></p> <p>XML = <i>eXtensible Markup Language</i> XSD = <i>XML Schema Definition</i></p>	<p>e in stato di minima coscienza</p> <p>OBB = OBBLIGATORIO</p> <p>PA = Pubblica Amministrazione PLS = Pediatra di libera scelta</p> <p>RA = RESIDENZA ANZIANI RAF = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE RP = Regione Piemonte RRF = RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE RSA = RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE</p> <p>SEE = Spazio Economico Europeo SIAD = Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SID = SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SISR = Sistema Informativo Sanitario Regionale SLA = Sclerosi Laterale Amiotrofica SM = Sclerosi Multipla s.m.i. = successive modificazioni e/o integrazioni SMC = Stato di Minima Coscienza SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SSR = Servizio Sanitario Regionale SV = Stato Vegetativo</p> <p>UE = Unione Europea U.O. = UNITÀ OPERATIVA U.O.C.P. = UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE U.P. = UNITÀ PRODUTTIVA U.V. = Unità di Valutazione U.V.G. = Unità di Valutazione Geriatrica</p> <p>v. = vedi VAC = <i>Vacuum Assisted Closure</i> ver. = versione</p> <p>XML = <i>eXtensible Markup Language</i> XSD = <i>XML Schema Definition</i></p>
--	---

6.4 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
[D3] – – Specifiche funzionali dei tracciati SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) versione 4.0 del dicembre 2011; emesse dal	[D3] – – Specifiche funzionali dei tracciati SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) versione 4.3 del novembre 2012; emesse dal

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 119 di 164
---	-----------------

Ministero della Salute;	Ministero della Salute;
[D5] – – Specifiche funzionali dei tracciati FAR (Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) versione 3.0 del dicembre 2011; emesse dal Ministero della Salute;	[D5] – – Specifiche funzionali dei tracciati FAR (Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) versione 3.2 del novembre 2012; emesse dal Ministero della Salute;
[D10] – D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”.	<i>n.a.</i>
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D16] – D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133", pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 62 del 15 marzo 2000 (per quanto attiene alle "Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria" previste dall'art. 9).
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D17] – DM MdS 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (Indicatori LEA), pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 34 del 9 febbraio 2002.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D18] – Intesa Stato-Regioni 2271 del 23 marzo 2005 concernente gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN (Adempimenti LEA).
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D19] – DM MdS del 5 dicembre 2006 “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 22 del 27 gennaio 2007.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D20] – D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”.
<i>n.a.</i>	Aggiunto riferimento [D21] – D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 120 di 164
--	---	-----------------

6.5 CONTESTO DI RIFERIMENTO

6.5.1 *L'articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali*

VERSIONE ATTUALE			VERSIONE AGGIORNATA		
Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale sono articolati in tipologia di Progetto e, per ciascuna tipologia, in setting Cura e intensità come da tabella che segue:			Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, sono articolati in tipologia di Progetto e, per ciascuna tipologia, in setting Cura e intensità come da tabella che segue:		
Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-0981 del 30 dicembre 2013					
Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia setting di Cura	Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia setting di Cura
SIAD	1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata	SIAD	1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata
		2=Assistenza Domiciliare Programmata			2=Assistenza Domiciliare Programmata
		3=Servizio Infermieristico Domiciliare			3=Servizio Infermieristico Domiciliare
		4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative			4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative
		5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)			5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
		6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)			6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
		7=Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)			7=Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)
		8=Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009) (*)			8=Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009) (*)
		9=Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009) (*)			9=Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009) (*)
		10=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)			10=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
		11=Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009) (*)			11=Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
		12=Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009) (*)			12=Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
		13=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)			13=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
					2 = Semiresidenziale
2=Centri Alzheimer	2=Centri Alzheimer				
	1 = Progetti intensità bassa			1 = Progetti intensità bassa	
	2 = Progetti intensità media			2 = Progetti intensità media	
	3 = Progetti intensità media incrementata			3 = Progetti intensità media incrementata	
	4 = Progetti intensità alta			4 = Progetti intensità alta	
	5 = Progetti intensità alta incrementata			5 = Progetti intensità alta incrementata	
	6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza			6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza	
	7 = Progetti per <i>locked-in-syndrome</i>			7 = Progetti per <i>locked-in-syndrome</i>	
	8 = Progetti per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale			8 = Progetti per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale	
	9 = Progetti per sclerosi multipla			9 = Progetti per sclerosi multipla	

6.6 SCHEDE ANALITICHE

6.6.1 Scheda 02.0: Tipo flusso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante e Azienda erogante. L02 - Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto. L08 - Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio. L16 - Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della struttura residenziale/semiresidenziale. L21 - Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente. L22 - Congruenza tra tipo flusso e motivazione della richiesta. L23 - Congruenza tra tipo flusso, tipo provenienza e Struttura di provenienza. L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L29 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione. L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione. L43 - Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza e interventi economici. L45 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola. L50 - Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione. L55 - Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico. N02 - Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante e Azienda erogante. L02 - Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto. L08 - Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio. L16 - Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura. L21 - Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente. L22 - Congruenza tra tipo flusso e motivazione della richiesta. L23 - Congruenza tra tipo flusso, tipo provenienza e Struttura di provenienza. L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L29 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione. L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione. L43 - Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza e interventi economici. L45 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola. L50 - Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione. L55 - Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico. L56 - Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse. L57 - Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive. N02 - Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. S07 - Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.</p>

6.6.2 Scheda 06.0: Codice fiscale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L05 - Congruenza fra codice fiscale e dati anagrafici</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L05 - Congruenza fra codice fiscale e dati anagrafici</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 123 di 164
---	-----------------

(cognome, nome, data di nascita, sesso, comune di nascita). L06 - Congruenza fra codice identificativo AURA e codice fiscale. L54 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.	(cognome, nome, data di nascita, sesso, comune di nascita). L06 - Congruenza fra codice identificativo AURA e codice fiscale. L54 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse. L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.
--	---

6.6.3 Scheda 12.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L09 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”.	CONTROLLI APPLICATI S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”.

6.6.4 Scheda 15.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità: CON	Modalità: NBB
CONTROLLI APPLICATI L09 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”.	CONTROLLI APPLICATI S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Il campo è valorizzabile per soggetti italiani e stranieri muniti di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e SvizzeraTEAM).	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Il campo è valorizzabile per soggetti muniti di Tessera Europea di Assicurazione Malattia.

6.6.5 Scheda 27.0: Tipologia di cura

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L14 - Congruenza fra tipologia di Progetto e tipologia di Cura. L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione. L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione. L43 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza. L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.	CONTROLLI APPLICATI L14 - Congruenza fra tipologia di Progetto e tipologia di Cura. L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione. L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione. L43 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza. L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.

<p>N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. S05 – Congruenza tra “Tipologia di cura” e “Quota utente”.</p>	<p>L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse. L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. S05 – Congruenza tra Tipologia di cura e Quota utente.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Assistenza domiciliare: 1 = Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 2 = Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) 3 = Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) 4 = ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) (DGR 15/2002) 5 = Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51/2003) 6 = Lungoassistenza media intensità (DGR 51/2003) 7 = Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51/2003) 8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009) 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009) 10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009) 11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009) 12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009) 13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13192/2009)</p> <p>Assistenza semiresidenziale: 1= Progetti in Centri Diurni 2= Progetti in Centri Alzheimer</p> <p>Assistenza residenziale e residenziale temporanea: 1 = Progetto residenziale intensità bassa 2 = Progetto residenziale intensità media 3 = Progetto residenziale intensità medio-alta 4 = Progetto residenziale intensità alta 5 = Progetto residenziale intensità alta incrementata 6 = Progetto residenziale per Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza 7 = Progetto residenziale per Locked-in Syndrome 8 = Progetto residenziale per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale 9 = Progetto residenziale per Sclerosi Multipla 10 = Progetto residenziale per Alzheimer e demenza senile 11 = Progetto residenziale ad personam bassa intensità 12 = Progetto residenziale ad personam media intensità</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Assistenza domiciliare: 1 = Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 2 = Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) 3 = Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) 4 = ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) (DGR 15/2002) 5 = Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51/2003) 6 = Lungoassistenza media intensità (DGR 51/2003) 7 = Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51/2003) 8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009) 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009) 10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009) 11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009) 12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009) 13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13192/2009)</p> <p>Assistenza semiresidenziale: 1= Progetti in Centri Diurni 2= Progetti in Centri Alzheimer</p> <p>Assistenza residenziale e residenziale temporanea: 1 = Progetto residenziale intensità bassa 2 = Progetto residenziale intensità media 3 = Progetto residenziale intensità medio-alta 4 = Progetto residenziale intensità alta 5 = Progetto residenziale intensità alta incrementata 6 = Progetto residenziale per Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza 7 = Progetto residenziale per Locked-in Syndrome 8 = Progetto residenziale per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale 9 = Progetto residenziale per Sclerosi Multipla 10 = Progetto residenziale per Alzheimer e demenza senile 11 = Progetto residenziale ad personam bassa intensità 12 = Progetto residenziale ad personam media intensità</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 125 di 164
---	-----------------

13 = Progetto residenziale ad personam alta intensità	13 = Progetto residenziale ad personam alta intensità 14 = Progetto residenziale intensità medio-bassa
---	---

6.6.6 Scheda 28.0: Data presa in carico

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L03 - Congruenza fra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico. L07 - Congruenza tra data immessa e data corrente. L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione. L19 - Congruenza tra data accettazione e data di presa in carico. L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza. L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza. L39 - Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza. L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L03 - Congruenza fra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico. L07 - Congruenza tra data immessa e data corrente. L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione. L19 - Congruenza tra data accettazione e data di presa in carico. L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza. L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza. L39 - Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza. L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza. L56 - Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse. L57 - Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p>

6.6.7 Scheda 30.0: Codice Struttura residenziale / semiresidenziale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della struttura residenziale/semiresidenziale. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura. N06 - Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 - Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. S07 - Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.</p>

6.6.8 Scheda 32.0: Codice regionale Struttura residenziale / semiresidenziale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 126 di 164
--	---	-----------------

L17 – Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.	L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura. S07 – Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.
---	---

6.6.9 Scheda 108.0: Data conclusione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione. L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza. L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza. L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza. L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione. L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza. L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza. L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza. L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza. L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse. L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per i pazienti in strutture semiresidenziali, relativamente al medesimo ciclo di cure, devono essere inviate solo la data di ammissione e la data di ultimo accesso come dimissione.</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per i pazienti in strutture semiresidenziali, relativamente al medesimo ciclo di cure, devono essere inviate solo la data di ammissione e la data di ultimo accesso come dimissione.</p> <p>In caso di conclusione per “Chiusura amministrativa” (valore “12” del campo 109.0), si utilizzi la data relativa all’ultimo evento registrato.</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p>

6.6.10 Scheda 109.0: Data conclusione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Assistenza domiciliare: 1 = Completamento del programma assistenziale 2 = Ricoveri in ospedale 3 = Decesso a domicilio 5 = Trasferimento in struttura residenziale 6 = Trasferimento in Hospice 8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari 9 = Cambio residenza 10 = Cambio medico 11 = Volontà dell'utente 12 = Chiusura amministrativa 99 = Altro</p> <p>Assistenza residenziale/ semiresidenziale /residenziale temporanea: 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza 2 = Dimissione a domicilio con assistenza 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza 5 = Decesso 6 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota 9 = Dimissione per cambio struttura</p>	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Assistenza domiciliare: 1 = Completamento del programma assistenziale 2 = Ricoveri in ospedale 3 = Decesso a domicilio 5 = Trasferimento in struttura residenziale 6 = Trasferimento in Hospice 8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari 9 = Cambio residenza 10 = Cambio medico 11 = Volontà dell'utente 12 = Chiusura amministrativa 99 = Altro</p> <p>In caso di conclusione per “Chiusura amministrativa” (valore “12”), si utilizzi la data relativa all’ultimo evento registrato quale “Data conclusione” (campo 108.0).</p> <p>Assistenza residenziale/ semiresidenziale /residenziale temporanea: 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza 2 = Dimissione a domicilio con assistenza 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza 5 = Decesso 6 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota 9 = Dimissione per cambio struttura</p>
---	--

6.7 Tabella dei controlli logici-normativi

6.7.1 Controllo L09

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”:</p> <p><input type="checkbox"/> se il codice inserito nel campo “Cittadinanza” (12.0) è relativo ad un apolide oppure include il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero non membro dell'Unione Europea, dello SEE o della Svizzera, allora il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0) non deve essere valorizzato.</p>	<p><i>n.a.</i></p>

6.7.2 Controllo L17

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale:</p>	<p>Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice Titolare della Struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> se tipo flusso = “DO”, allora i campi “codice</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 128 di 164
--	---	-----------------

<input type="checkbox"/> se tipo flusso = “RE”, allora il “codice regionale Presidio” deve essere quello associato al “codice STS11” della Struttura residenziale/semiresidenziale alla data di presa in carico (03.1+03.2); <input type="checkbox"/> se tipo flusso = “DO”, allora i campi “codice regionale Presidio” e “codice STS11” non devono essere compilati.	regionale Presidio” e “codice STS11” non devono essere compilati.
--	---

6.7.3 Controllo L36

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra tipo operatore e tempo GO e tempo H: ▲ se il campo “Tipo operatore” assume i valori “3”, “8”, “9”, “10”, “11”, “12” e “13”, i campi “Tempo GO” e “Tempo H” devono essere valorizzati; ▲ per tutti gli altri valori assunti dal campo “Tipo operatore”, i campi “Tempo GO” e “Tempo H” non devono essere valorizzati.	Congruenza tra tipo operatore e tempo GO e tempo H: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Tipo operatore” assume i valori “3”, “8”, “9”, “10”, “11”, “12” e “13”, “21”, i campi “Tempo GO” e “Tempo H” devono essere valorizzati; • per tutti gli altri valori assunti dal campo “Tipo operatore”, i campi “Tempo GO” e “Tempo H” non devono essere valorizzati.

6.7.4 Controllo L46

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione: <input type="checkbox"/> se “Motivo valutazione” è diverso da 1 (prima valutazione) e, per la stessa cartella, non esiste già un evento di prima valutazione, l’inserimento non può essere effettuato.	Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione: <input type="checkbox"/> se “Tipo movimento” = “I”, “Motivo valutazione” è diverso da 1 (prima valutazione) e, per la stessa cartella, non esiste già un evento di prima valutazione, l’inserimento non può essere effettuato.

6.7.5 Controllo L56

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse: <ul style="list-style-type: none"> • relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso il “Codice Fiscale” (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = “DO” e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3” o “4”, la “Data Presa in Carico” (28.0) dev’essere maggiore della “Data Conclusione” (108.0) di qualsiasi altra Cartella antecedente.

6.7.6 Controllo L57

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
n.a.	Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive: <ul style="list-style-type: none"> • relativamente al medesimo assistito – distinto

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 129 di 164
---	-----------------

	<p>attraverso il “Codice Fiscale” (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = “DO” e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3” o “4”, la “Data Conclusione” (108.0) dev’essere minore della “Data Presa in Carico” (28.0) di qualsiasi altra Cartella successiva.</p>
--	---

6.7.7 Segnalazione S06

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”:</p> <p><input type="checkbox"/> Vengono segnalate le cartelle per le quali sia compilato il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0) nonostante il codice inserito nel campo “Cittadinanza” (12.0) sia relativo ad un apolide oppure includa il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero non membro dell’Unione Europea, dello SEE o della Svizzera.</p>

6.7.8 Segnalazione S07

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale:</p> <p><input type="checkbox"/> se tipo flusso = “RE”, vengono segnalate le cartelle per le quali il “codice regionale Presidio” non risulti associato al “codice STS11” della Struttura residenziale/semiresidenziale alla data di presa in carico (03.1+03.2).</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 130 di 164
--	---	-----------------

7. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICODEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Modifica Tracciato C – 57.0 Modalità di erogazione
- Modifica Tracciato C4– 57.0 Modalità di erogazione
- Modifica Campo 04.0 - Medico prescrittore
- Modifica Campo 13.0 - Numero ricetta
- Modifica Campo 48.0 – Scheda Intervento
- Modifica Campo 115.0 – Scheda Madre
- Modifica Controllo LF6
- Modifica Tabelle a supporto dei controlli logici (LF5)

7.1 Paragrafo 4.11 Tracciato C

7.1.1 Tracciato Campo - 57.0 Modalità di erogazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Non presente	<i>Inserito campo</i> Alla posizione 117 inserito il campo 57.0 – Modalità di erogazione

7.2 Paragrafo 4.13 Tracciato C4

7.2.1 Tracciato Campo - 57.0 Modalità di erogazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Non presente	<i>Inserito campo</i> Alla posizione 94 inserito il campo 57.0 – Modalità di erogazione

7.3 Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE

7.3.1 Campo 04.0 - Medico prescrittore

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Controlli Applicati Per il tracciato ANAG flusso C: L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore	<i>Inserito controllo controllo</i> Controlli Applicati Per il tracciato ANAG flusso C: L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore LF5– Congruenza tra tipologia ricetta, Medico prescrittore e Tipo di erogazione
Osservazioni e precisazioni Per il tracciato ANAG flussi C per le sole ricette del SSN <ul style="list-style-type: none"> • Per ricette del SSN regione Piemonte se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio. Nel caso di ricetta SSN altra regione indicare valore E99999R Per il tracciato ANAG flusso C ad eccezione delle ricette	<i>Modifica</i> Per il tracciato ANAG flussi C per le sole ricette del SSN <ul style="list-style-type: none"> • Per ricette del SSN regione Piemonte se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio. Nel caso di ricetta SSN altra regione indicare valore E99999R Per il tracciato ANAG flusso C ad eccezione delle ricette

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 131 di 164
---	-----------------

<p>del SSN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricette relative ad accessi diretto <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto accesso diretto ospedaliero - “AD99999” per accesso diretto • Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere : <ul style="list-style-type: none"> - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM , SIMT per esami successivi all’accesso diretto • Ricette prescritte da inps e carceri è prevista la seguente codifica: “099999R” • Ricette in libera professione: Medico prescrittore: da inserire, codice fiscale • Ricette relative all’agenda di gravidanza è prevista la seguente codifica: “AG99999” • Ricetta autoimpegnativa sostitutiva di ricetta SSN non prescritta correttamente: <ul style="list-style-type: none"> - Codice regionale MMG o PLS (dare indicazione di applicazione fino al 30/06/2014) 	<p>del SSN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricette relative ad accessi diretto <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT in questo caso esclusivamente alle prestazioni legate all’attività di donazione; - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto accesso diretto ospedaliero - “AD99999” per accesso diretto - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto • Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere : <ul style="list-style-type: none"> - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM , SIMT per esami successivi all’accesso diretto - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. • Ricette prescritte da inps e carceri è prevista la seguente codifica: “099999R” • Ricette in libera professione: Medico prescrittore: da inserire, codice fiscale • Ricette relative all’agenda di gravidanza è prevista la seguente codifica: “AG99999” • Ricetta autoimpegnativa sostitutiva di ricetta SSN non prescritta correttamente: <ul style="list-style-type: none"> - Codice regionale MMG o PLS (dare indicazione di applicazione fino al 30/06/2014)
--	--

7.3.2 Campo 13.0 - Numero ricetta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>DESCRIZIONE CAMPO Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale o numero dell’impegnativa interna</p>	<p><i>Modificata la descrizione del campo</i> DESCRIZIONE CAMPO Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale o numero dell’impegnativa interna o numero prescrizione elettronica</p>
<p>Osservazioni e precisazioni Con l’adozione della nuova ricetta la lunghezza passa da 16 caratteri a 15; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all’inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere</p>	<p><i>Modifica</i> La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all’inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio.</p>

<p>rimanente compilato a spazio.</p> <p>Per ricette SSN e SASN aventi uno dei seguenti schemi: per ricette SSN nuovo modello: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank per ricette SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank.</p> <p>Ricetta Autoimpegnativa interna da utilizzarsi per la registrazione delle prestazioni analisi riflesse cui D.G.R. 21- 9688 del 30.12.2008. Vale il seguente schema: Prime 15 cifre numerazione formale ricetta SSN + 'A' (Impegnativa interna)</p> <p>Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.</p>	<p>Per <u>ricette SSN</u> è previsto il seguente schema: : codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank</p> <p>Per <u>impegnative interne o accesso diretto</u> del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito dell'azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente uno dei seguenti schemi:</p> <ul style="list-style-type: none">- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna) <p>Per <u>impegnative prescritte elettronicamente</u> da MMG,PLS, medico ospedaliero (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) è previsto il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none">- codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valor i ammessi tra 0 e7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il protocollo) <p>Per prestazioni erogate in <u>regime di libera professione</u> il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito dell'azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none">- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'L' (libera professione o solvente) <p>Per prestazioni erogate relativamente <u>all'Agenda di Gravidanza</u> il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito dell'azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none">- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (8 cifre) + progressivo di prescrizione (2 cifre da 01 a 16) + 'G' (Agenda di Gravidanza) <p>Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.</p>
--	---

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 133 di 164
--	---	-----------------

7.3.3 Campo 48.0 - Scheda intervento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
DESCRIZIONE CAMPO Numero scheda intervento di emergenza 118	<i>Modificata la descrizione del campo</i> DESCRIZIONE CAMPO Numero scheda intervento di emergenza 118 ovvero "Codice Scheda Missione" tracciato EMUR -118
Osservazioni e precisazioni Il dato deve essere rilevato solo per il tracciato C2 per i passaggi in pronto soccorso, per pazienti transitati tramite mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118.	<i>Modifica</i> Il dato deve essere rilevato solo per il tracciato C2 per i passaggi in pronto soccorso, per pazienti transitati tramite mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118 e deve corrispondere ai campi 70.1 – C.O. esecutrice e 70.3- Progressivo Scheda Missionedel tracciato EMUR 118

7.3.4 Campo 115.0 - Ricetta madre

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
DESCRIZIONE CAMPO Riportare l'indicazione della ricetta SSN originale	<i>Modificata la descrizione del campo</i> DESCRIZIONE CAMPO Riportare l'indicazione della ricetta SSN originale oppure dell'autoimpegnativa relativa all'episodio precedente – solo per leautoimpegnative
Osservazioni e precisazioni Valido lo schema <ul style="list-style-type: none"> – codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice	<i>Modifica</i> Valido uno dei seguenti formati: <ul style="list-style-type: none"> – codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) – anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna) – anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 134 di 164
--	---	-----------------

7.4 Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)

7.4.1 *Controllo LF6 - Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta.*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>LF6 - Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta. Il numero NRE puo' essere indicato solo nel caso di ricetta SSN, altrimenti il campo ricetta non va compilato</p>	<p><i>Modificato il controllo</i> LF6 - Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta. Congruenza tra Ricetta in origine e numero ricetta Per le ricette del tipo Autoimpegnativa, il campo ricetta madre deve essere indicato il numero di ricetta SSN o di autoimpegnativa precedente con le seguenti eccezioni: percorso oncologico, percorso diabetologico, accessi diretti, ricette agende di gravidanza, ricette prescritte da medici INPS e operanti in carcere, ricette prescritte da SERT, DMS, CONSULTORI e SINT</p>

7.5 Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

7.5.1 Controllo LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrittore e Tipo di erogazione.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'A' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, - Valore "AD99999" per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero <p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'D' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11: se il prescrittore è un consultorioper esami successivi all'accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con 'M' ovvero "ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (fino al 30/06/2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice regionale MMG - Codice regionale PLS <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con 'Z', ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - "099999R": in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri; - Codice fiscale del medico: in caso di ricette prescritte in libera professione. <p>"AG99999": in caso dir ricette relative all'agenda di gravidanza</p>	<p><i>Modificato il controllo</i></p> <p>Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con "A" ovvero "tipo accesso diretto" sono ammesse le seguenti valorizzazioni del campo medico prescrittore (campo 0.4):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Codice STS11: per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT; b. Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: in caso di altre prestazioni erogate a seguito di accesso diretto ospedaliero; c. Valore "AD99999" per altro tipo di accesso diretto d. Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell'accesso diretto. La rilevazione di questa informazione è stata inserita in quanto rappresenta il dettaglio più significativo <p>Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con "D" ovvero "impegnative interne ospedaliere" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Codice STS11: se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto b. Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore c. Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. La rilevazione di questa informazione è stata inserita in quanto rappresenta il dettaglio più significativo <p>Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con 'M' ovvero "ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Codice regionale MMG

b) Codice regionale PLS

Si ricorda che l'utilizzo dell'autoimpegnativa in sostituzione di una ricetta SSN non compilata correttamente non rappresenta una prassi da perseguire, tuttavia viene mantenuta la possibilità di registrare tale utilizzo fino al 1° Luglio 2014, data a partire dalla quale sarà attivato uno specifico controllo bloccante.

Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con 'Z', ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):

- a) **"099999R"**: in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri;
- b) **Codice fiscale del medico**: in caso di ricette prescritte in libera professione.
- c) **"AG99999"**: in caso di ricette relative all'agenda di gravidanza.

8. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICODEI FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA TRACCIATI RECORD FILE D, FILE F E CONSUMI OSPEDALIERI FARMACI” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Modifica numerazione campo Prezzo Acquisto
- Modifica Controllo L04
- Modifica Controllo L13
- Modifica Controllo L20
- Modifica Controllo L74
- Modifica Controllo LB2
- Modifica Controllo LB3
- Modifica Controllo LB5
- Modifica Controllo LE8
- Modifica Controllo LF8
- Inserita tabella a supporto controllo LF8

8.1 Paragrafo 4.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci

8.1.1 Tracciato Campo - Prezzo Acquisto

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Campo 120.0 - Prezzo Acquisto	<i>Modificata numerazione</i> Campo 121.0 - Prezzo Acquisto (note da valorizzare con costo medio ponderato)

8.2 Paragrafo 5.1 – Schede Analitiche

8.2.1 Campo 111.0 – Costo del Servizio

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Osservazioni e precisazioni Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto (IVA al 21% inclusa) per confezione di farmaco erogata così come individuati dalla D.G.R. 38 – 5092 del 18/12/2012.</p> <p>A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmaciae a partire dalla competenza di gennaio 2013, il valore da attribuire è il seguente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8,14€ (6,73€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,29€ (7,68€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 7,26€ (6,00€ + IVA al 21%): tutti gli altri casi. 	<p><i>Modifica:</i> Osservazioni e precisazioni Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto (IVA al 22% inclusa) per confezione di farmaco erogata così come individuati dalla D.G.R. n° 26-6900 del 18/12/2013:</p> <p>A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di gennaio 2014, il valore da attribuire è il seguente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8,21€ (6,73€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,36€ (7,68€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,71€ (5.50€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi.

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 138 di 164
---	-----------------

8.3 Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)

8.3.1 Controllo L04 – Congruenza tra data di nascita e data prestazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se il tipo prestazione è uguale a 05 , 09 e 25 e il codice regione di residenza è uguale a 010	<i>Modificato controllo:</i> La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se il tipo prestazione è uguale a 04, 05 , 09 e 25 e il codice regione di residenza è uguale a 010

8.3.2 Controllo L13 – Congruenza anonimato

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9' oppure 'STP' / 'ENI' seguito da tutti '9'. Per il solo file F il controllo non applicato nel caso per tipo prestazione 05 , 09 e 25 e codice regione 010	<i>Modificato controllo:</i> Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9' oppure 'STP' / 'ENI' seguito da tutti '9'. Per il solo file F il controllo non applicato nel caso per tipo prestazione 04, 05, 09 e 25 e codice regione 010

8.3.3 Controllo L20 - Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI.. Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome ='ANONIMO'. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010	<i>Modificato controllo:</i> Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI.. Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome ='ANONIMO'. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010 uguale a 010

8.3.4 Controllo L74 - Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Per i vaccini iposensibilizzanti valgono le posizioni utente 2, 4 e 13. L' importo ticket può essere = 0 solo se nel campo 43.0 "Codice esenzione" è presente uno dei valori L01, C01, C02, C04, C05, C06, G01, N01 ed il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 13.. L' importo ticket può essere > 0 solo se il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato	<i>Modificato controllo:</i> Fino al 16/02/2014 Per i vaccini iposensibilizzanti valgono le posizioni utente 2, 4 e 13. L' importo ticket può essere = 0 solo se nel campo 43.0 "Codice esenzione" è presente uno dei valori L01, C01, C02, C04, C05, C06, G01, N01 ed il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 13..

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 139 di 164
---	-----------------

<p>con 2 oppure 4; in questa condizione il totale dell'importo delle righe delle prestazioni deve essere suddiviso al 50% tra il campo 21.0 - "Importo ticket" e il campo 20.0 - "Importo totale" del tracciato anagrafico.</p> <p>Per codici farmaco diversi da vaccini iposensibilizzanti, se l'importo ticket vale 0, il campo posizione utente nei confronti del ticket deve essere 14.</p>	<p>L'importo ticket può essere > 0 solo se il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 2 oppure 4; in questa condizione il totale dell'importo delle righe delle prestazioni deve essere suddiviso al 50% tra il campo 21.0 - "Importo ticket" e il campo 20.0 - "Importo totale" del tracciato anagrafico.</p> <p>Dal 17/02/2014</p> <p>Per i vaccini iposensibilizzanti valgono le posizioni utente 2, 4.</p> <p>L'importo ticket deve essere > 0 e deve essere valorizzato come somma del campo 20.0 - "Importo totale" del tracciato dettaglio.</p> <p>Per codici farmaco diversi da vaccini iposensibilizzanti, se l'importo ticket vale 0, il campo posizione utente nei confronti del ticket deve essere 14.</p>
---	---

8.3.5 *Controllo LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto 010901, 010904, 010905, 010907, 010908</p>	<p><i>Modificato controllo:</i></p> <p>I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto 010904, 010905, 010907, 010908, 010909</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 140 di 164
---	-----------------

8.3.6 Controllo LB3 - Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 04, 05, 09 o 25 e codice regione 010.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Se tipo prestazione uguale a 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo); - oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica; <p>Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate</p>	<p><i>Modificato controllo:</i></p> <p>Se tipo prestazione uguale a 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo); - oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica; <p>Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate</p>

8.3.7 Controllo LB5 - Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Per il tipo record F, l'importo ticket deve essere zero, con la seguente eccezione: se codice vaccino iposensibilizzante l'importo uguale o maggiore di zero.</p>	<p><i>Modificato controllo:</i></p> <p>L'importo ticket deve essere zero, con eccezione del codice vaccino iposensibilizzante per il quale è previsto un importo maggiore di zero.</p>

8.3.8 Controllo LE8 - Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', il costo del servizio dovrà essere valorizzato sulla base delle seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8,21€ (6,73€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,36€ (7,68€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 7,32€ (6,00€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi. 	<p><i>Modifica controllo:</i></p> <p>Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', il costo del servizio dovrà essere valorizzato sulla base delle seguenti indicazioni (rif delibera n. 26-6900 del 18/12/2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8,21€ (6,73€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,36€ (7,68€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,71€ (5.50€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi.

8.3.9 Controllo LF8 - Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Ente erogante sia valorizzato con un codice HSP11 + Bis è ammessa uno dei seguenti tipo prestazione farmaco 01</p>	<p><i>Modifica controllo</i></p> <p>Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco</p>

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 141 di 164
---	-----------------

<p>- Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico (da utilizzare anche nella ospedalizzazione domiciliare); 09 - Distribuzione diretta e gratuita di farmaci agli istituti penitenziari. ; Diversamente, nel caso in cui l'ente erogante sia valorizzato con un codice STS11 allora è ammessa una sola delle seguenti tipologie : 02 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico; 04 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare; 05 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semi-residenziale ;09 - Distribuzione diretta e gratuita di farmaci agli istituti penitenziari</p>	<p>Vedi paragrafo 9 – Controllo LF8.</p>
---	--

8.4 Paragrafo 9 -TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

8.4.1 Tabella a supporto del Controllo LF8

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA			
n.a.	Tipo Prestazione	Tipologia Prestazione	Codice HSP11 +bis	Codice STS11
	01	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H.	SI	NO
	02	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H.	NO	SI
	03	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari.	SI	SI
	04	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare.	NO	SI
	05	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semiresidenziale.	NO	SI
	06	Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997).	SI	SI
	07	Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto (ordinario e DH).	SI	SI
	08	Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione.	SI	SI
	09	Erogazione diretta e gratuita di farmaci agli Istituti Penitenziari.	SI	NO

**Allegato 1: Variazioni alla documentazione
tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30
dicembre 2013**

Pag. 142 di 164

	10	Farmaci somministrati direttamente ad alto costo e Farmaci somministrati per prestazioni a pacchetto.	SI	SI
	20	Assistenza integrativa - Presidi per diabetici.	SI	SI
	21	Assistenza integrativa - Dietetici per celiachia.	SI	SI
	22	Assistenza integrativa - Dietetici per nefropatie.	SI	SI
	23	Assistenza integrativa - Materiale di medicazione.	SI	SI
	24	Assistenza integrativa - Nomenclatore tariffario.	SI	SI
	25	Assistenza protesica per malati HIV.	SI	SI
	30	Farmaci in uso "Off Label" somministrati a pazienti in regime di ricovero ordinario.	SI	NO
	31	Farmaci soggetti a monitoraggio regionale erogati in regime di ricovero a pazienti con insufficienza renale cronica.	SI	NO
	32	Vaccini Iposensibilizzanti con codice regionale o con AIC.	SI	SI
	33	Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012)	SI	SI

9. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SDO (Sistema dei controlli e della tariffazione)” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

- Inserita Note alla versione
- Aggiornata la tabella Istituti pubblici (*par. 5.3.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici*)
- Aggiornata la tabella Istituti privati (*par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati accreditati*)
- Chiarite le gestioni delle SDO di RRF inerenti:
 - Ricoveri con istituto di provenienza fuori regione
 - Ricoveri disposti da Autorità giudiziaria (V62.5 in una qualsiasi diagnosi secondaria) (*par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF e par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF*)
- Modificata la codifica per la gestione del trasferimento in Pronto Soccorso per un limite massimo di 48 ore da “PrSocc” a “PRSOCC” (*par. 2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “Trasferimento breve” da post-acuzie a Pronto Soccorso*)
- Modificata la scheda analitica del campo 25.0 Provenienza assistito precisando le modalità di utilizzo del codice 7 (*par. 5.2.2 Le schede*)
- Modificata descrizione del controllo L87 in funzione delle precisazioni sull’utilizzo del codice 7 nel campo 25.0 di cui al punto precedente (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificate le schede dei campi, per introdurre l’obbligatorietà condizionale della data di intervento rispetto al codice:
 - Altro intervento o procedura 1 (numeri dei campi: 44.1, 44.2)
 - Altro intervento o procedura 2 (numeri dei campi: 45.1, 45.2)
 - Altro intervento o procedura 3 (numeri dei campi: 46.1, 46.2)
 - Altro intervento o procedura 4 (numeri dei campi: 47.1, 47.2)
 - Altro intervento o procedura 5 (numeri dei campi: 48.1, 48.2)(*par. 3.1.4 Il tracciato “Dati clinici”, par. 5.2.2 Le schede*)
- Modificati i controlli L23 e L80 per estendere a tutti gli interventi l’obbligatorietà della data in presenza del codice intervento (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificata la descrizione del controllo S05 per precisare casistiche di possibile valorizzazione a zero delle SDO (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificata la descrizione del controllo S14 per precisare la data di riferimento per l’applicazione del controllo (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Aggiornati riferimenti normativi (*par. 2.2 Riferimenti normativi*)
- Inserita la sezione relativa ai Controlli Automatici di III livello (*par. 3.4 Controlli Automatici di III livello*)
- Modificata la segnalazione S11 su confronto tra data di prenotazione e data di ricovero: la segnalazione scatta dopo un anno (era 2) (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Inserito nuovo controllo LD1, per la verifica della coerenza dei valori nei campi 25.0 – Provenienza assistito e 26.0 – Tipo di ricovero ordinario, in caso di neonati (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Eliminata la parola BAR/TS refuso delle precedenti versioni
- Inserito nuovo controllo LD2, per la verifica della coerenza della data dimissione (campi 34.1) con l’eventuale data di decesso certificata dal database di AURA (*par. 5.3.2 I controlli*)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 144 di 164
--	---	-----------------

- Aggiornato il paragrafo Tracciato “Dati clinici” (*par. 5.1.4 Il tracciato “DATI CLINICI”*)

9.1 Note alla versione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
non presente	<p>Note alla versione</p> <p>Rispetto alla versione precedente sono state apportate le seguenti modifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserita Note alla versione • Aggiornata la tabella Istituti pubblici (<i>par. 5.3.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici</i>) • Aggiornata la tabella Istituti privati (<i>par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati accreditati</i>) • Chiarite le gestioni delle SDO di RRF inerenti: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ricoveri con istituto di provenienza fuori regione ▪ Ricoveri disposti da Autorità giudiziaria (V62.5 in una qualsiasi diagnosi secondaria) (<i>par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF e par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF</i>) • Modificata la codifica per la gestione del trasferimento in Pronto Soccorso per un limite massimo di 48 ore da “PrSocc” a “PRSOCC” (<i>par. 2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “Trasferimento breve” da post-acuzie a Pronto Soccorso</i>) • Modificata la scheda analitica del campo 25.0 Provenienza assistito precisando le modalità di utilizzo del codice 7 (<i>par. 5.2.2 Le schede</i>) • Modificata descrizione del controllo L87 in funzione delle precisazioni sull’utilizzo del codice 7 nel campo 25.0 di cui al punto precedente (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Modificate le schede dei campi, per introdurre l’obbligatorietà condizionale della data di intervento rispetto al codice: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altro intervento o procedura 1 (numeri dei campi: 44.1, 44.2) ▪ Altro intervento o procedura 2 (numeri dei campi: 45.1, 45.2) ▪ Altro intervento o procedura 3 (numeri dei campi: 46.1, 46.2) ▪ Altro intervento o procedura 4

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 145 di 164
---	-----------------

	<p style="text-align: right;">(numeri dei campi: 47.1, 47.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altro intervento o procedura 5 (numeri dei campi: 48.1, 48.2) (<i>par. 3.1.4 Il tracciato "Dati clinici", par. 5.2.2 Le schede</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Modificati i controlli L23 e L80 per estendere a tutti gli interventi l'obbligatorietà della data in presenza del codice intervento (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Modificata la descrizione del controllo S05 per precisare casistiche di possibile valorizzazione a zero delle SDO (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Modificata la descrizione del controllo S14 per precisare la data di riferimento per l'applicazione del controllo (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Aggiornati riferimenti normativi (<i>par. 2.2 Riferimenti normativi</i>) • Inserita la sezione relativa ai Controlli Automatici di III livello (<i>par. 3.4 Controlli Automatici di III livello</i>) • Modificata la segnalazione S11 su confronto tra data di prenotazione e data di ricovero: la segnalazione scatta dopo un anno (era 2) (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Inserito nuovo controllo LD1, per la verifica della coerenza dei valori nei campi 25.0 – Provenienza assistito e 26.0 – Tipo di ricovero ordinario, in caso di neonati (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Eliminata la parola BAR/TS refuso delle precedenti versioni • Inserito nuovo controllo LD2, per la verifica della coerenza della data dimissione (campi 34.1) con l'eventuale data di decesso certificata dal database di AURA (<i>par. 5.3.2 I controlli</i>) • Aggiornato il paragrafo Tracciato "Dati clinici" (<i>par. 5.1.4 Il tracciato "DATI CLINICI"</i>)
--	--

9.2 Aggiornata la tabella Istituti pubblici

Aggiornata la tabella di riferimento per gli Istituti pubblici

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
par. 5.3.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici	par. 5.3.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 146 di 164
--	---	-----------------

9.3 Aggiornata la tabella Istituti privati

Aggiornata la tabella di riferimento per gli Istituti privati accreditati

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati accreditati	par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati accreditati

9.4 Gestione delle SDO di RRF

9.4.1 par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF

VERSIONE ATTUALE					VERSIONE AGGIORNATA									
La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, sottolinea che i ricoveri in RRF dovrebbero essere in continuità con ricoveri precedenti; le possibili casistiche sono schematizzate nella seguente tabella:					La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, sottolinea che i ricoveri in RRF dovrebbero essere in continuità con ricoveri precedenti; le possibili casistiche sono schematizzate nella seguente tabella:									
Tipologia ricovero	In continuità con precedente	Intervallo massimo tra i due ricoveri	Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità	Tipologia ricovero	In continuità con precedente	Intervallo massimo tra i due ricoveri	Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità	Tipologia ricovero	In continuità con precedente	Intervallo massimo tra i due ricoveri	Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità			
RO	RRF II° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio per struttura	RO	RRF II° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio per struttura	RO	RRF I° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio + 10% del totale annuo da RRF II° livello
	RRF I° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio + 10% del totale annuo da RRF II° livello		RRF I° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio + 10% del totale annuo da RRF II° livello					
DH	RRF II° livello (escluso MDC 1)	RO / DH di acuzie	10 gg	20% del totale annuo dal domicilio	DH	RRF II° livello	RO / DH di acuzie	10 gg	MCD 1 + 20% del totale annuo dal domicilio	DH	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1
	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1										

<p>Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se hanno un DRG dell'MDC 1 non sono soggetti al controllo di continuità con un ricovero precedente; • invece quelli con altri MDC, sono soggetti al controllo, ma non esiste un limite massimo all'intervallo di giorni tra le due SDO. <p>Si fa osservare che, per le SDO di RRF, con data ricovero dal 1/07/20013, è possibile inserire nel campo Provenienza assistito il valore 'C' ad indicare un precedente ricovero connesso all'attuale, benché non si tratti di un trasferimento diretto. In entrambi i casi (trasferimento diretto o ricovero precedente nell'intervallo di giorni consentiti) il campo Istituto di cura di provenienza (72.0) deve essere valorizzato con il codice dell'Istituto dove si è svolto il ricovero precedente.</p> <p>Alla chiusura della competenza, verrà eseguita un'elaborazione che verificherà per ogni SDO di RRF (con data ricovero successiva al 1/07/2013) l'effettiva presenza in archivio del ricovero precedente, tra le SDO inviate dall'Istituto indicato nel campo 72.0, nell'intervallo di giorni stabilito (n.b.: il calcolo inizia dal giorno di dimissione del ricovero precedente; ad esempio: un paziente dimesso il 1 luglio rispetterà un vincolo di continuità di 7 giorni se sarà nuovamente ricoverato entro l'8 di luglio).</p> <p>I ricoveri di RRF senza continuità, cioè quelli per cui la SDO precedente non verrà identificata e quelli senza indicazione dell'Istituto del ricovero precedente verranno conteggiati ed eventualmente, al superamento della quota di eccezioni ammesse, valorizzati a 0.</p> <p>Si osserva che, per evitare l'inclusione automatica tra la SDO valorizzabili a zero, è necessario compilare i campi 25.0 e 72.0, anche nel caso in cui il ricovero precedente sia avvenuto fuori regione (basta il solo codice HSP, lasciando il codice bis a '00'). A fronte del codice di un ospedale fuori regione, la procedura considererà valido "d'ufficio" il ricovero in RRF (le aziende responsabili dei controlli potranno eseguire ulteriori verifiche direttamente sulla documentazione allegata alla cartella cartacea di tali ricoveri).</p>	<table border="1" data-bbox="805 376 1332 510"> <tr> <td></td> <td>RRF III° livello (28 / 75)</td> <td>RO in RRF stessa disciplina</td> <td>---</td> <td>MDC 1</td> </tr> </table> <p>Si precisa che le sdo RRF con istituto di provenienza <u>fuori regione</u> sono considerate in continuità assistenziale.</p> <p>Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se hanno un DRG dell'MDC 1 non sono soggetti al controllo di continuità con un ricovero precedente; • invece quelli con altri MDC, sono soggetti al controllo, ma non esiste un limite massimo all'intervallo di giorni tra le due SDO. <p>Si fa osservare che, per le SDO di RRF, con data ricovero dal 1/07/20013, è possibile inserire nel campo Provenienza assistito il valore 'C' ad indicare un precedente ricovero connesso all'attuale, benché non si tratti di un trasferimento diretto. In entrambi i casi (trasferimento diretto o ricovero precedente nell'intervallo di giorni consentiti) il campo Istituto di cura di provenienza (72.0) deve essere valorizzato con il codice dell'Istituto dove si è svolto il ricovero precedente.</p> <p>Alla chiusura della competenza, verrà eseguita un'elaborazione che verificherà per ogni SDO di RRF (con data ricovero successiva al 1/07/2013) l'effettiva presenza in archivio del ricovero precedente, tra le SDO inviate dall'Istituto indicato nel campo 72.0, nell'intervallo di giorni stabilito (n.b.: il calcolo inizia dal giorno di dimissione del ricovero precedente; ad esempio: un paziente dimesso il 1 luglio rispetterà un vincolo di continuità di 7 giorni se sarà nuovamente ricoverato entro l'8 di luglio).</p> <p>I ricoveri di RRF senza continuità, cioè quelli per cui la SDO precedente non verrà identificata e quelli senza indicazione dell'Istituto del ricovero precedente verranno conteggiati ed eventualmente, al superamento della quota di eccezioni ammesse, valorizzati a 0.</p> <p>Si osserva che, per evitare l'inclusione automatica tra la SDO valorizzabili a zero, è necessario compilare i campi 25.0 e 72.0, anche nel caso in cui il ricovero precedente sia avvenuto fuori regione (basta il solo codice HSP, lasciando il codice bis a '00'). A fronte del codice di un ospedale fuori regione, la procedura considererà valido "d'ufficio" il ricovero in RRF (le aziende responsabili dei controlli potranno eseguire ulteriori verifiche direttamente sulla documentazione allegata alla cartella cartacea di tali ricoveri).</p>		RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1
	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1		

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 148 di 164
--	---	-----------------

	Per quanto concerne le SDO RRF di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dalle verifiche di continuità assistenziale.
--	---

9.4.2 par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, stabilisce che gli accessi, di uno stesso paziente, per DH in RRF di II° livello possono essere riconosciuti economicamente in numero limitato e fissa come massimo annuale il limite di 30, per l'MDC 1, e di 15 per gli altri MDC.</p> <p>Tale limitazione, valida per i ricoveri iniziati dal 1/07/2013, viene verificata</p> <ul style="list-style-type: none"> • sia per ogni SDO: il numero di accessi in DH indicato nel campo 54.0, può superare il limite annuale di giorni riconoscibili; pertanto la procedura di valorizzazione non valorizza le giornate in eccesso; • sia sull'insieme delle SDO della competenza annuale, con data ricovero successiva al 1/07/2013, eseguendo una apposita elaborazione differita. <p>La procedura che esegue la verifica sulla competenza, somma il numero delle giornate di accesso in DH delle SDO con le seguenti caratteristiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - data ricovero \geq 1/07/2013; - parità di codice fiscale; - disciplina 56 e parità di livello; - parità di MDC <p>quindi le giornate così calcolate, che risultano superare il limite massimo fissato dalla delibera vengono <u>valorizzate a 0</u>.</p>	<p>La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, stabilisce che gli accessi, di uno stesso paziente, per DH in RRF di II° livello possono essere riconosciuti economicamente in numero limitato e fissa come massimo annuale il limite di 30, per l'MDC 1, e di 15 per gli altri MDC.</p> <p>Tale limitazione, valida per i ricoveri iniziati dal 1/07/2013, viene verificata</p> <ul style="list-style-type: none"> • sia per ogni SDO: il numero di accessi in DH indicato nel campo 54.0, può superare il limite annuale di giorni riconoscibili; pertanto la procedura di valorizzazione non valorizza le giornate in eccesso; • sia sull'insieme delle SDO della competenza annuale, con data ricovero successiva al 1/07/2013, eseguendo una apposita elaborazione differita. <p>La procedura che esegue la verifica sulla competenza, somma il numero delle giornate di accesso in DH delle SDO con le seguenti caratteristiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - data ricovero \geq 1/07/2013; - parità di codice fiscale; - disciplina 56 e parità di livello; - parità di MDC <p>quindi le giornate così calcolate, che risultano superare il limite massimo fissato dalla delibera vengono <u>valorizzate a 0</u>.</p> <p>Per quanto concerne le SDO RRF in DH di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dagli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia.</p>

9.5 Trasferimento breve

9.5.1 par. 2.5.2 Regole di compilazione nei casi di "Trasferimento breve" da post-acuzie a Pronto

Soccorso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>La procedura – che riguarda Case di Cura private accreditate, Istituti Classificati e gli IRCCS ed è limitata ai casi di trasferimento breve in Pronto Soccorso, da ricoveri in post-acuzie - è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'istituto del ricovero in post-acuzie interrompe temporaneamente l'episodio di ricovero segnalando sul primo campo libero di trasferimento la data di uscita temporanea, sulla corrispondente U.O. di trasferimento il codice convenzionale 99.99 e sulla matricola corrispondente il codice convenzionale PrSocc. - Al rientro del paziente in post-acuzie entro due giorni sulla cartella si indica nel primo campo disponibile Data di trasferimento uguale alla data di rientro e nella relativa U.O. di trasferimento la stessa U.O. e matricola dal quale il paziente proveniva prima del trasferimento in Pronto Soccorso. <p>In nessun caso la SDO di post-acuzie dovrà riportare nel campo 53.0 (Giorni di permesso) i giorni di sospensione del ricovero.</p> <p>Nel caso in cui il ricovero in Pronto Soccorso duri più di due giorni la SDO di post-acuzie dovrà essere chiusa con dimissione alla data del trasferimento in Pronto Soccorso (senza l'indicazione del trasferimento nella U.O. 9999).</p> <p>Nel valorizzare la SDO di post-acuzie, le giornate nell'U.O. 9999 verranno riconosciute al 50% della tariffa giornaliera (a questo proposito si rimanda al paragrafo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. - Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.).</p>	<p>La procedura – che riguarda Case di Cura private accreditate, Istituti Classificati e gli IRCCS ed è limitata ai casi di trasferimento breve in Pronto Soccorso, da ricoveri in post-acuzie - è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'istituto del ricovero in post-acuzie interrompe temporaneamente l'episodio di ricovero segnalando sul primo campo libero di trasferimento la data di uscita temporanea, sulla corrispondente U.O. di trasferimento il codice convenzionale 99.99 e sulla matricola corrispondente il codice convenzionale PRSOCC. - Al rientro del paziente in post-acuzie entro due giorni sulla cartella si indica nel primo campo disponibile Data di trasferimento uguale alla data di rientro e nella relativa U.O. di trasferimento la stessa U.O. e matricola dal quale il paziente proveniva prima del trasferimento in Pronto Soccorso. <p>In nessun caso la SDO di post-acuzie dovrà riportare nel campo 53.0 (Giorni di permesso) i giorni di sospensione del ricovero.</p> <p>Nel caso in cui il ricovero in Pronto Soccorso duri più di due giorni la SDO di post-acuzie dovrà essere chiusa con dimissione alla data del trasferimento in Pronto Soccorso (senza l'indicazione del trasferimento nella U.O. 9999).</p> <p>Nel valorizzare la SDO di post-acuzie, le giornate nell'U.O. 9999 verranno riconosciute al 50% della tariffa giornaliera (a questo proposito si rimanda al paragrafo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. - Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.).</p>

9.6 Scheda analitica del campo 25.0 Provenienza assistito

9.6.1 Campo 25.0 Provenienza assistito (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
L16 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi	L16 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi
L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita	L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita
L33 – Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato	L33 – Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato
L36 – Compilazione campo «Numero scheda della madre»	L36 – Compilazione campo «Numero scheda della madre»
L37 – Compilazione campo «Allattamento»	L37 – Compilazione campo «Allattamento»
L76 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)	L76 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)
L83 – Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118	L83 – Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118

<p>L87 – Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza L93 – Congruenza tra ist. Privato prov/definitivamente accreditato e provenienza assistito LC4 – Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione LD0 – Congruenza tra Provenienza Assistito e disciplina di ammissione S01 – Segnalazione: DRG forzato a 462 S06 – Prolungamento ricovero oltre il 120° giorno S10 – Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. accreditati) S11 – Prolungamento ricovero oltre il 180° giorno</p> <p>LEGENDA DEI CODICI: 0 = nuovo nato 1 = accesso diretto dell’assistito (senza proposta di un medico) 2 = inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta 3 = ricovero precedentemente programmato dalla stessa struttura di ricovero 4 = trasferito da istituto pubblico 5 = trasferito da istituto privato accreditato o provvisoriamente accreditato 6 = trasferito da istituto privato non accreditato 7 = trasferito da altro regime di ricovero nell’ambito della stessa struttura di ricovero. 8 = pervenuto tramite 118 9 = altro B = prosecuzione del ricovero in U.S.V. C = ricovero in RFF proveniente dal domicilio di paziente, connesso a precedente ricovero in acuzie (o in RO, se DH di III°liv.) con dimissione effettuata entro i 7 giorni precedenti, con relativo PPRI</p> <p>Nell’ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.</p> <p>Il codice 2 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS</p> <p>N.B. La locuzione “<i>regime di ricovero</i>” utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa</p>	<p>L87 – Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza L93 – Congruenza tra ist. Privato prov/definitivamente accreditato e provenienza assistito LC4 – Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione LD0 – Congruenza tra Provenienza Assistito e disciplina di ammissione LD1 – Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo di Ricovero ordinario S01 – Segnalazione: DRG forzato a 462 S10 – Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. Accreditati)</p> <p>LEGENDA DEI CODICI: 0 = nuovo nato 1 = accesso diretto dell’assistito (senza proposta di un medico) 2 = inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta 3 = ricovero precedentemente programmato dalla stessa struttura di ricovero 4 = trasferito da istituto pubblico 5 = trasferito da istituto privato accreditato o provvisoriamente accreditato 6 = trasferito da istituto privato non accreditato 7 = trasferito da altro regime di ricovero nell’ambito della stessa struttura di ricovero 8 = pervenuto tramite 118 9 = altro B = prosecuzione del ricovero in U.S.V. C = ricovero in RFF proveniente dal domicilio di paziente, connesso a precedente ricovero in acuzie (o in RO, se DH di III°liv.) con dimissione effettuata entro i 7 giorni precedenti, con relativo PPRI</p> <p>Nell’ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.</p> <p>Il codice 2 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS</p>
--	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 151 di 164
--	---	-----------------

usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno	N.B. La locuzione “ <i>regime di ricovero</i> ” utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno. Il codice 7 non prevede l’inserimento dell’istituto di provenienza.
---	--

9.7 Descrizione del controllo L87

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra Provenienza assistito ed Istituto di provenienza</p> <p>Se provenienza assistito indica un trasferimento diretto (4, 5, 6 o 7) o un ricovero precedente in connessione (C) allora il codice istituto di provenienza deve essere valorizzato e viceversa.</p>	<p>Congruenza tra Provenienza assistito ed Istituto di provenienza</p> <p>Se provenienza assistito indica un trasferimento diretto (4, 5 o 6) o un ricovero precedente in connessione (C) allora il codice istituto di provenienza deve essere valorizzato e viceversa.</p> <p>Se provenienza assistito 7 il codice istituto di provenienza NON deve essere compilato</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 152 di 164
--	---	-----------------

9.8 Modificate le schede dei campi

- 9.8.1 *Campi* 44.1 – Data Altro intervento o procedura 1; 45.1 – Data Altro intervento o procedura 2;
46.1 – Data Altro intervento o procedura 3; 47.1 – Data Altro intervento o procedura 4;
48.1 – Data Altro intervento o procedura 5 (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE				VERSIONE AGGIORNATA		
TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°	TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO
SDO	Data Altro intervento o Procedura 1-2-3-4-5	NO	44.1	SDO	Data Altro intervento o Procedura 1-2-3-4-5	CONDIZIONA
			45.1 46.1 47.1 48.1			
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.				DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codifica SDO.		
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE: nel tracciato "Dati Clinici": VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:			<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati C VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:	
<u>CORRETTEZZA</u>	CONTROLLI APPLICATI			<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI	
					L23 – Congruenza fra date degli il periodo di ricovero L80 – Congruenza tra codice in intervento corrispondente.	

<p>LOGICA</p>	<p>L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>	<p><u>N. B.: le procedure in prericovero data successiva alla data di dimi devono essere inviate</u></p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>	<p>N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data, che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore. In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).</p>		

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 154 di 164
--	---	-----------------

9.8.2 Campi 44.2 – Codice Altro intervento o procedura 1; 45.2 – Codice Altro intervento o procedura 2;
46.2 – Codice Altro intervento o procedura 3; 47.2 – Codice Altro intervento o procedura 4;
48.2 – Codice Altro intervento o procedura 5 (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE				VERSIONE AGGIORNATA		
TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°	TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 1-2-3-4-5	NO	44.2	SDO	Codice Altro intervento o Procedura 1-2-3-4-5	NO
			45.2			
			46.2			
			47.2			
			48.2			
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.				DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.		
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore			CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore	
CORRETTEZZA	CONTROLLI APPLICATI			CORRETTEZZA	CONTROLLI APPLICATI	

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 155 di 164
---	-----------------

	<p>L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH</p> <p>L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura</p> <p>L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto.</p> <p>L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento</p> <p>LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura</p> <p>LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza</p> <p>LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG</p>		<p>L23 - Congruenza fra date degli periodo di ricovero</p> <p>L49 - Incompatibilità fra Interv in DH</p> <p>L78 - Congruenza tra motivo d diurno e codice intervento o proce</p> <p>L80 - Congruenza tra codice in intervento corrispondente.</p> <p>L95 - Congruenza tra Codice pro intervento, Codice diagnos del reparto.</p> <p>L99 - Congruenza tra Istituto, c EuroSCOR e codice Intervento</p> <p>LA8- Congruenza tra DRG, dia interventi ed Onere degenza</p> <p>LB5 - Congruenza fra Farmaco diagnosi , interventi e codice DRC</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.</p>	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Il "Grouper" esegue un controllo c fra età, sesso, diagnosi, intervento principale ed altri interventi e proc</p>

9.9 Modificati i controlli L23 e L80

9.9.1 Controllo L23

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Le date dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi /procedure devono essere comprese tra la data di ricovero e la data dimissione.</p> <p>Inoltre se è valorizzato il campo intervento principale</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere indicata la data, nel campo data intervento principale. <p>NB.: Nel caso si vogliano codificare procedure in pre-ricovero, o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro i 7 giorni successivi la data di dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> - inserirle nel primo campo libero altro intervento/procedura senza specificarne la data di esecuzione. 	<p>Le date dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi -procedure devono essere comprese tra la data di ricovero e la data dimissione.</p> <p>Inoltre se è valorizzato il campo codice intervento deve essere indicata la data, nel campo data intervento corrispondente.</p> <p>Gli interventi pre e/o post ricovero non devono essere inviati.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 156 di 164
--	---	-----------------

Non vale il viceversa: non è possibile valorizzare un campo data intervento, se non è valorizzato anche il corrispondente codice intervento.	
--	--

9.9.2 *Controllo L80*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale. In presenza di un codice intervento principale, deve essere presente la relativa data e viceversa.	Congruenza tra codice intervento e data intervento corrispondente. In presenza di un codice intervento deve essere presente la relativa data e viceversa.

9.10 Modificata la descrizione del controllo S05

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
SDO con valorizzazione a zero: vengono segnalate le SDO valorizzate a zero a causa di motivi particolari (non sono segnalati gli oneri 4): - prelievo di midollo osseo (DRG 467); - elaborazione extra competenza; discrepanza tra dati di accreditamento in Anagrafe delle Strutture e procedura di valorizzazione	SDO con valorizzazione a zero: vengono segnalate le SDO valorizzate a zero a causa di motivi particolari (non sono segnalati gli oneri 4): - prelievo di midollo osseo (DRG 467); - elaborazione extra competenza; - discrepanza tra dati di accreditamento in Anagrafe delle Strutture e procedura di valorizzazione Tale segnalazione può presentarsi anche in presenza di SDO di acuzie RO di 0-1 gg o DH per le quali nel tariffario ufficiale, che scaturisce dalla DGR, corrispondano importi pari a zero o non previsti per DRG.

9.11 Modificata la descrizione del controllo S14

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (BAR/TS-AURA)	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA). Il confronto viene fatto al 31.12 dell'anno precedente all'anno di competenza della sdo

9.12 Aggiornati riferimenti normativi

9.12.1 *par. 2.2 Riferimenti normativi*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
- D.M. 28.12.1991 Istituzione scheda di dimissione ospedaliera.	- D.M. 28.12.1991 Istituzione scheda di dimissione ospedaliera.
- D.M. 26.7.1993	- D.M. 26.7.1993

<p>Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.</p> <ul style="list-style-type: none">- D.M. 27.10.2000 n. 380 Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.- D.G.R. 18.9.1995 N. 70-1459 Determinazione delle tariffe ospedaliere da riconoscersi agli erogatori pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale.- D.G.R. 6.8.1997 n. 156-21885 e successive modificazioni ed integrazioni Provvisorio accreditamento degli Istituti di cura privati.- D.G.R. 27.10.1997 n. 44-22844 Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale- D.G.R. 29.12.1997 n. 59-23768 Interventi di cardiocirurgia. Determinazione delle tariffe da corrispondersi alle Case di cura private provvisoriamente accreditate con decorrenza 1.1.1997- D.G.R. 30.12.1998 n. 31-26419 Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini.- D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380 Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.- D.G.R. 22.7.2002 n. 70-6732 Integrazione e modifica della D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380. Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e l'appropriatezza dei ricoveri.- D.G.R. 5.8.2002 n. 46-6882 Recepimento accordo tra Regione Piemonte e associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato per l'attività di ricovero per l'anno 2002. Budget e aggiornamento tariffario per l'anno 2002.- D.G.R. 30.12.2002 n. 28-8148 Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003.- D.G.R. 02.03.2004 n. 60-11906 Rideterminazione del budget 2003 e approvazione	<p>Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.</p> <ul style="list-style-type: none">- D.M. 27.10.2000 n. 380 Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.- D.G.R. 18.9.1995 N. 70-1459 Determinazione delle tariffe ospedaliere da riconoscersi agli erogatori pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale.- D.G.R. 6.8.1997 n. 156-21885 e successive modificazioni ed integrazioni Provvisorio accreditamento degli Istituti di cura privati.- D.G.R. 27.10.1997 n. 44-22844 Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale- D.G.R. 29.12.1997 n. 59-23768 Interventi di cardiocirurgia. Determinazione delle tariffe da corrispondersi alle Case di cura private provvisoriamente accreditate con decorrenza 1.1.1997- D.G.R. 30.12.1998 n. 31-26419 Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini.- D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380 Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.- D.G.R. 22.7.2002 n. 70-6732 Integrazione e modifica della D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380. Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e l'appropriatezza dei ricoveri.- D.G.R. 5.8.2002 n. 46-6882 Recepimento accordo tra Regione Piemonte e associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato per l'attività di ricovero per l'anno 2002. Budget e aggiornamento tariffario per l'anno 2002.- D.G.R. 30.12.2002 n. 28-8148 Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003.- D.G.R. 02.03.2004 n. 60-11906 Rideterminazione del budget 2003 e approvazione
--	--

<p>tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 18.05.2004 n. 29-12508 Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate – seconda parte. - D.G.R. 25.10.2004 n. 37-13743 Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all’allegato 2C del D.P.C.M 29 novembre 2001 di definizione dei LEA - D.G.R. 23.03.2005 n. 41-15180 Recepimento accordo tra Regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza post-acuzie delle strutture private definitivamente accreditate - D.G.R. 30.03.2005 n. 24-15233 Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 – Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). - D.G.R. 10.10.2005 n. 50-1062 Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19 - D.G.R. 07.02.2006 n. 44-2139 Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, per l’anno 2006. Revoca allegato 3) D.G.R. 41-15180 del 23.03.2005 - D.M. 05.12.2006 Definizione nuovi modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali sulle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere a partire dal 2007 - D.G.R. 28.12.2006 n. 71-5059 Modifiche e integrazione linee guida regionali per l’attività di DaySurgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell’11.06.2001 - Nota 09.01.2008 n. 822 e successive integrazioni Assistenza sanitaria a cittadini neo comunitari rumeni 	<p>tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 18.05.2004 n. 29-12508 Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate – seconda parte. - D.G.R. 25.10.2004 n. 37-13743 Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all’allegato 2C del D.P.C.M 29 novembre 2001 di definizione dei LEA - D.G.R. 23.03.2005 n. 41-15180 Recepimento accordo tra Regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza post-acuzie delle strutture private definitivamente accreditate - D.G.R. 30.03.2005 n. 24-15233 Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 – Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). - D.G.R. 10.10.2005 n. 50-1062 Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19 - D.G.R. 07.02.2006 n. 44-2139 Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, per l’anno 2006. Revoca allegato 3) D.G.R. 41-15180 del 23.03.2005 - D.M. 05.12.2006 Definizione nuovi modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali sulle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere a partire dal 2007 - D.G.R. 28.12.2006 n. 71-5059 Modifiche e integrazione linee guida regionali per l’attività di DaySurgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell’11.06.2001 - Nota 09.01.2008 n. 822 e successive integrazioni Assistenza sanitaria a cittadini neo comunitari rumeni
---	---

<p>e bulgari – Disposizioni.</p> <ul style="list-style-type: none">- D.G.R. 17.03.2008 n. 33-8425 Recepimento degli Accordi tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ambulatoriali privati ANISAP, CONFAPI, GRISP, META per il biennio 2007-2008 e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS per il biennio 2007-2008 e per la revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico.- D.G.R. 04.06.2008 n. 5-8880 Integrazione alla D.G.R. n. 44-2139 del 07.02.2006 relativamente all' individuazione di nuova protesi rimborsabile e all'individuazione dei Centri autorizzati a beneficiare del relativo rimborso. Individuazione dell'Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.- D.G.R. 28.07.2008 n. 56-9324 Linee guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2002 – Revisione 2008- D.G.R. 22.12.2008 n. 76-10395 Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura presenti sul territorio regionale, pubblici e privati, accreditati definitivamente e provvisoriamente, in ordine all'obbligo e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2009 e 2010- D.M. 18.12.2008 Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere: versione italiana 2007 dell'ICD-9-CM e grouper 24- D.G.R. 12 .01.2009 n. 4-10568 Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera ICD-9-CM alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM).- D.G.R. 20.07.2009 n. 59-11816 Modificazioni ed integrazione del sistema di remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.- D.G.R. 07.12.2009 n. 26-12740 Integrazioni alla D.G.R del 20 luglio 2009 n. 59-11816 e alla D.G.R 7 febbraio 2006 N. 44-2139 riguardanti la remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.	<p>e bulgari – Disposizioni.</p> <ul style="list-style-type: none">- D.G.R. 17.03.2008 n. 33-8425 Recepimento degli Accordi tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ambulatoriali privati ANISAP, CONFAPI, GRISP, META per il biennio 2007-2008 e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS per il biennio 2007-2008 e per la revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico.- D.G.R. 04.06.2008 n. 5-8880 Integrazione alla D.G.R. n. 44-2139 del 07.02.2006 relativamente all' individuazione di nuova protesi rimborsabile e all'individuazione dei Centri autorizzati a beneficiare del relativo rimborso. Individuazione dell'Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.- D.G.R. 28.07.2008 n. 56-9324 Linee guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2002 – Revisione 2008- D.G.R. 22.12.2008 n. 76-10395 Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura presenti sul territorio regionale, pubblici e privati, accreditati definitivamente e provvisoriamente, in ordine all'obbligo e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2009 e 2010- D.M. 18.12.2008 Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere: versione italiana 2007 dell'ICD-9-CM e grouper 24- D.G.R. 12 .01.2009 n. 4-10568 Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera ICD-9-CM alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM).- D.G.R. 20.07.2009 n. 59-11816 Modificazioni ed integrazione del sistema di remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.- D.G.R. 07.12.2009 n. 26-12740 Integrazioni alla D.G.R del 20 luglio 2009 n. 59-11816 e alla D.G.R 7 febbraio 2006 N. 44-2139 riguardanti la remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 30.12.2009 n. 97-13037 Revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. Proseguimento della fase sperimentale nell'anno 2010. - D.G.R. 16.03.2010 n. 85-13580 Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare. - D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750 Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo. - D.M. 08.07.2010 del Ministero della Salute "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380"; - D.G.R. 22.03.2010 n.13647-830 Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome. - D.G.R. 15.10.2010 n.18-804 Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012. - D.G.R. 07.03.2011 n.12-1665 Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 44-2284 del 27/10/2007 e n. 10-5605 del 2/04/2007. - D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495 Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. - D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087 Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazione alla deliberazioni regionali D.G.R. n. 73-13176 del 27.07.2004, D.G.R. n. 4-2495 del 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010. - D.G.R. 02.07.2013 n. 14-6039 Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34- 	<ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 30.12.2009 n. 97-13037 Revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. Proseguimento della fase sperimentale nell'anno 2010. - D.G.R. 16.03.2010 n. 85-13580 Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare. - D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750 Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo. - D.M. 08.07.2010 del Ministero della Salute "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380"; - D.G.R. 22.03.2010 n.13647-830 Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome. - D.G.R. 15.10.2010 n.18-804 Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012. - D.G.R. 07.03.2011 n.12-1665 Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 44-2284 del 27/10/2007 e n. 10-5605 del 2/04/2007. - D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495 Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. - D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087 Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazione alla deliberazioni regionali D.G.R. n. 73-13176 del 27.07.2004, D.G.R. n. 4-2495 del 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010. - D.G.R. 02.07.2013 n. 14-6039 Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-
--	--

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 161 di 164
---	-----------------

<p>251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000.</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 11/11/2013 n. 55-6670 - Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 - D.G.R. 09/12/2013 n. 18-6837 DGR n. 14-6039 del 2/7/2013. Rettifica per mero errore materiale 	<p>251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000.</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. 11/11/2013 n. 55-6670 Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 - D.G.R. 09/12/2013 n. 18-6837 DGR n. 14-6039 del 2/7/2013. Rettifica per mero errore materiale - D.G.R. 30/12/2013 n. 13-6981 Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e curapubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate. - D.G.R. 10/02/2014 n 14-7092 Modificazione alla DRG 4-2495 del 3 agosto 2011 “Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell’attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza”.
--	--

9.13 Controlli Automatici di III livello

9.13.1 par. 3.4 Controlli Automatici di III livello

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
non presente	<p>Nel corso del 2014 (a partire dalle SDO di competenza 2014) verranno attivati i Controlli Automatici di III livello al fine di anticipare e dilazionare nel tempo l’elenco delle SDO che, per caratteristiche, rientrano delle categorie di SDO da verificare.</p> <p>I criteri dei Controlli Automatici di III livello che definiscono i parametri di individuazione delle SDO sono contenuti nell’allegato che costituisce parte integrante al presente documento.</p> <p>I Controlli Automatici di III livello sono parte integrante della procedura di elaborazione – acquisizione, pertanto le SDO da verificare verranno restituite contestualmente all’elaborazione tramite il file dei “<i>Record Anomali</i>”. (Rif.: <i>Tracciati Record restituzione SDO</i>)</p> <p>Sarà cura di ciascuna Struttura verificare e reinvia le SDO segnalate anche in caso di assenza di variazioni,</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 162 di 164
--	---	-----------------

	<p>confermando la SDO (la procedura NON replicherà la segnalazione in caso di reinvio).</p> <p>Le modalità di restituzione dei Verbali di Accompagnamento delle SDO verranno definite da Regione Piemonte e comunicate secondo i canali consueti.</p>
--	---

9.14 Modificata la segnalazione S11

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 730 giorni.	Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 365 giorni.

9.15 Inserito nuovo controllo LD1

9.15.1 Controllo LD1

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
non presente	<p>Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario</p> <p>Se Provenienza Assistito = 0 – Nuovo nato ,</p> <p>Tipo Ricovero eordinario deve essere = 5 e viceversa.</p>

9.15.1 Campo 26.0 Tipo ricovero ordinario (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero	L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero
L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi	L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi
L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)	L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)
L86 - Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC	L86 - Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC
L89 - Congruenza tra istituti privati e tipo del ricovero ordinario	L89 - Congruenza tra istituti privati e tipo del ricovero ordinario
L90 - Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero	L90 - Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero
LA3 - Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero	LA3 - Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero
	LD1 - Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo di Ricovero ordinario

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 163 di 164
--	---	-----------------

9.16 Eliminata la parola BAR/TS

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Presente il riferimento all'archivio regionale BAR/TS-AURA	non presente; l'archivio regionale di riferimento è AURA

9.17 Inserito nuovo controllo LD2

9.17.1 Controllo LD2

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
non presente	Congruenza fra Data di Dimissione e data di decesso del paziente certificata da Aura. Se il Codice Fiscale del paziente risulta certificato da AURA, la data di dimissione deve essere precedente, o uguale, alla data di decesso, eventualmente presente nel database di AURA.

9.17.2 Campo 34.1 Data dimissione (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione	L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione
L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione	L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione
L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero	L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero
L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero
L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.	L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.
L43 - Congruenza fra Data di dimissione e giorno di elaborazione	L43 - Congruenza fra Data di dimissione e giorno di elaborazione
L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione.	L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione.
L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza	L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza
L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza	L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza
L84 - Congruenza fra Matricola e Data di dimissione	L84 - Congruenza fra Matricola e Data di dimissione
L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.	L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.
N02 - Non elaborabile: Anno di competenza inesistente	N02 - Non elaborabile: Anno di competenza inesistente
N06 - Non elaborabile: Anno di competenza fuori limite	N06 - Non elaborabile: Anno di competenza fuori limite

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 164 di 164
--	---	-----------------

<p>N07 - Non elaborabile: modifica data dimissione in extracompetenza LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery. LB7 - Congruenza fra ricovero in week surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto. S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza</p>	<p>N07 - Non elaborabile: modifica data dimissione in extracompetenza LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery. LB7 - Congruenza fra ricovero in week surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto. S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza LD2 - Congruenza fra Data di Dimissione e data di decesso del paziente certificata da Aura.</p>
--	---

9.18 Aggiornato il paragrafo Tracciato “Dati clinici”

Aggiornata il paragrafo Il tracciato “DATI CLINICI”

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
par. 5.1.4 Il tracciato “DATI CLINICI”	par. 5.1.4 Il tracciato “ <i>DATI CLINICI</i> ”