

Codice A14080

D.D. 3 luglio 2015, n. 416

Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Attivazione Flusso Libera Professione ed ulteriori aggiornamenti 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.

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;

dato atto che con DD n.460 del 15 maggio 2014 e con DD n.51 del 24 dicembre 2014 si è provveduto ad aggiornare la documentazione tecnica di cui alla succitata DGR n.13-6981 del 30 dicembre 2013;

considerate le variazioni alle specifiche delle “Specifiche funzionali dei tracciati 118 e pronto soccorso” (Flusso EMUR), introdotte dal Ministero della Salute con l’adozione della Versione 5.2 bis del 12 marzo 2015, le indicazioni NSIS di evoluzione del flusso SISM, contenute nella versione di aprile 2015 del relativo manuale operativo - http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3014&area=sistemaInformativo&menu=mentale, nonché le segnalazioni in ordine all’opportunità di elevare la qualità del flusso FAR/SIAD, potenziando i controlli sui dati;

tenuto conto delle istanze di integrazione dei tracciati SDO, C ed F legate al soddisfacimento di specifici fabbisogni espressi dai Settori della Direzione regionale Sanità, nonché alla realizzazione del Progetto SIRPED per la gestione in dematerializzata della prescrizione medica, in attuazione delle specifiche previsioni del DM 2 novembre 2011;

considerata l’esigenza, espressa dal competente Settore “Personale Dipendente del SSR e Affari Generali” della Direzione Sanità con DGR n.20-1086 del 23/02/2015, di istituire un nuovo flusso informativo per la rilevazione delle attività sanitarie di specialistica ambulatoriale assicurate in regime di libera professione;

dato atto che, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, la Giunta Regionale disponeva, con la medesima succitata 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;

alla luce di quanto sopra si è provveduto a predisporre il documento “Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n.13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.”, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante le modificazioni alla documentazione tecnica del Sistema

regionale dei flussi informativi sanitari necessarie a soddisfare le succitate nuove esigenze informative espresse dal livello regionale e nazionale;

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
- Vista la DD n. 460 del 15 maggio 2014
- Vista la DD n. 51 del 24 dicembre 2014

determina

- di approvare il documento “Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n.13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.”, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante le modificazioni alla documentazione tecnica del Sistema regionale dei flussi informativi sanitari in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate;
- 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, oggi denominata Sistema Piemonte, 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 e s.m.i.”, 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.

Il Responsabile del Settore
Mario Fregonara Medici

Allegato

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

	<p>Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013</p>	<p>Pag. 2 di 288</p>
--	--	----------------------

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 3 di 288
--	--	---------------

INDICE GENERALE

1.	SCOPO DEL DOCUMENTO	8
2.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	8
2.1	Sintesi aggiornamenti	8
2.2	Riferimenti normativi	9
2.3	Gestione codice Esito Missione	10
2.4	Gestione codice Esito Trattamento	13
2.5	Gestione codice Esito Trattamento	14
2.6	SCHEDA ANALITICHE	14
2.6.1	Scheda 14.0: Classe patologia principale presunta	14
2.6.2	Scheda 15.1: Classe patologia secondaria presunta 1	14
2.6.3	Scheda 15.2: Classe patologia secondaria presunta 2	15
2.6.4	Scheda 15.3: Classe patologia secondaria presunta 3	15
2.6.5	Scheda 17.0: Dinamica presunta	15
2.6.6	Scheda 25.0: Dinamica riscontrata	16
2.6.7	Scheda 31.0: Esito missione	17
2.6.8	Scheda 34.0: Classe patologia principale riscontrata	17
2.6.9	Scheda 35.1: Classe patologia secondaria riscontrata1	17
2.6.10	Scheda 35.2: Classe patologia secondaria riscontrata2	18
2.6.11	Scheda 35.3: Classe patologia secondaria riscontrata3	18
2.6.12	Scheda 36.0: Patologia riscontrata	19
2.6.13	Scheda 37.0: Prestazione principale	19
2.6.14	Scheda 39.0: Prestazione secondaria	19
2.6.15	Scheda 41.0: Codice esito trattamento	20
2.6.16	Scheda 43.0: Codice istituto destinazione	20
2.6.17	Scheda 59.0: Provincia e Comune di Residenza	21
2.6.18	Scheda 67.0: Regione di Residenza	21
2.7	Tabella dei controlli	22
2.7.1	Controllo L47	22
2.7.2	Controllo L52	22
2.7.3	Segnalazione S09	22
2.7.4	Segnalazione S10	23
2.7.5	Segnalazione S11	23
2.7.6	Segnalazione S12	23
2.8	Tabella dei codici ministeriali	23
2.8.1	Tabella A: Codici Classe patologia presunta e riscontrata	23
2.8.2	Tabella B: Codici Dinamica riscontrata	24
2.8.3	Tabella C: Codici Patologia riscontrata	24
2.8.4	Tabella D: Codici Prestazione 118	26
2.8.5	Tabella dei Codici ministeriali di disciplina ospedaliera	29
3.	CALENDARIO INVIO	30
3.1	Flusso C4 – Calendario invio del flusso	30
4.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5”-OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	31

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 4 di 288
--	---	---------------

4.1	Paragrafo 4.9 – TRACCIATO ANAGRAFICO	31
4.2	Paragrafo 4.9 – TRACCIATO C	31
4.3	Paragrafo 4.9 – TRACCIATO C4	31
4.4	Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE	32
4.4.1	Campo 04.0 Medico Prescrittore	32
4.4.2	Campo 57.0 – Modalità Erogazione	32
4.4.3	Campo 115.0 Ricetta Precedente	33
4.4.4	Campo 117.0 Flag Ricetta Interna	34
4.4.5	Campo 118.0 Codice Catalogo Prestazione	34
4.5	Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)	36
4.5.1	Controllo LF5	36
4.5.2	Controllo LF6	36
4.5.3	Controllo LF8	36
4.6	Paragrafo 6.4 –SEGNALAZIONI (Warning)	36
4.7	Paragrafo 9 – Controllo LF5	38
4.8	Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	41
4.8.1	Controllo LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrittore e Tipo di erogazione.	41
5.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE TRACCIATO C – STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE/DEFINATIVAMENTE ACCREDITATE”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	42
5.1	Paragrafo 6 – SCHEDE ANALITICHE	42
5.1.1	Campo 13.0 – Numero Ricetta	42
5.2	Paragrafo 7.3 –SEGNALAZIONI (Warning)	43
6.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVI FARMACEUTICA -TRACCIATI RECORD D, F H”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	45
6.1	Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE	45
6.1.1	Campo 28.0 – Codice Farmaco	45
6.2	Paragrafo 6.1 – Controlli Logici	45
6.2.1	Controllo LF7	45
7.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SDO (Sistema dei controlli e della tariffazione)” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	47
7.1	Riferimenti normativi (2.2)	49
7.2	Controlli di congruità normativa (3.2)	55
7.3	Verifiche sull’Appropriatezza (3.3.5)	61
7.4	Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF (3.3.6)	63
7.5	Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF (3.3.7)	66
7.6	Continuità Acuzie/postacuzie dei ricoveri in Lungodegenza (3.3.8)	67
7.7	Criteri particolari di abbattimento per mancata continuità assistenziale dei ricoveri RRF e Lungodegenza (eccezioni alla regola generale) (3.3.9)	68
7.8	Algoritmo di valorizzazione (4.2)	69
7.9	Discipline di postacuzie (4.2.2)	71
7.10	Continuità Acuzie/postacuzie (4.3.5)	74
7.11	Tetto massimo Ricoveri in DH di RRF (4.3.6)	75
7.12	Le schede (5.2.2)	76
7.13	I controlli (5.3.2)	86
7.14	Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici (5.4)	90
7.15	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati (5.5)	91
7.16	Tabella codici HSP11 degli Istituti privati non accreditati (5.6)	91

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 5 di 288
--	---	---------------

7.17	Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)	
(5.7)	91	
7.18	Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery (5.8)	93
7.19	Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive in istituti /reparti autorizzati (5.11)	93
7.20	Tabella Codici malattie croniche/invalidanti e rare (5.12)	94

8.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO STER-FAR/SIAD” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	95
8.1	AGGIORNAMENTI ALLA VERSIONE V05	95
8.2	Riferimenti normativi	95
8.3	CONTESTO DI RIFERIMENTO	96
8.3.1	L’articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali	96
8.4	REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	98
8.5	SCHEDE ANALITICHE	99
8.5.1	Scheda 02.0: Tipo flusso	99
8.5.2	Scheda 03.1: Anno Cartella Territoriale	100
8.5.3	Scheda 03.2: Progressivo Cartella Territoriale	100
8.5.4	Scheda 04.0: Tipo movimento	101
8.5.5	Scheda 09.0: Data di nascita	102
8.5.6	Scheda 12.0: Cittadinanza	102
8.5.7	Scheda 15.0: Codice Istituzione TEAM	103
8.5.8	Scheda 16.0: Regione di Residenza	103
8.5.9	Scheda 17.0: Provincia e Comune di Residenza	103
8.5.10	Scheda 19.0: Nucleo familiare	103
8.5.11	Scheda 20.0: Assistente non familiare	104
8.5.12	Scheda 21.0: Data accettazione richiesta	104
8.5.13	Scheda 28.0: Data di Presa in Carico	104
8.5.14	Scheda 33.0: Codice Comune/Ente Gestore	105
8.5.15	Scheda 38.0: Data di valutazione	105
8.5.16	Scheda 47.0: Supporto sociale	106
8.5.17	Scheda 81.0: Data accesso	106
8.5.18	Scheda 103.0: Codice identificativo evento sospensione	107
8.5.19	Scheda 104.0: Data inizio sospensione	107
8.5.20	Scheda 106.0: Data fine sospensione	108
8.5.21	Scheda 107.0: Codice identificativo evento conclusione	108
8.5.22	Scheda 108.0: Data conclusione	109
8.5.23	Scheda 113.0: Data inizio erogazione	110
8.6	Tabella dei controlli logici-normativi	111
8.6.1	Controllo L55	111
8.6.2	Controllo L58	111
8.6.3	Controllo L59	111
8.6.4	Controllo L60	111
8.6.5	Controllo N11	111
8.6.6	Controllo N12	112
8.6.7	Segnalazione S08	112
8.6.8	Segnalazione S09	112
9.	SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITÀ TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	113
9.1	CRONOLOGIA VARIAZIONI	113
9.2	PRESENTAZIONE DEL DISCIPLINARE	114

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 6 di 288
--	---	---------------

9.2.1	Obiettivi	114
9.3	GENERALITÀ	115
9.3.1	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	115
9.4	RIFERIMENTI NORMATIVI	117
9.4.1	Normativa di carattere nazionale	117
9.4.2	Normativa regionale	117
9.5	CONTESTO DI RIFERIMENTO	118
9.5.1	L'articolazione della Struttura di erogazione	118
9.6	REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	120
9.6.1	Obbligatorietà dei campi	120
9.7.1	Modalità di movimentazione dei dati	121
9.7.2	Sistema dei controlli	121
9.7.2.1	Controlli di tipo formale effettuati tramite grammatiche XSD	121
9.7.2.2	Controlli di tipo formale	121
9.7.2.3	Controlli logici e normativi	121
9.7.3	Calendario degli invii	122
9.7.4	Periodo di competenza per Assistenza Territoriale e Semiresidenziale	122
9.7.5	Periodo di competenza per Assistenza Residenziale	123
9.7.6	Monitoraggio degli invii	123
9.8	ALLEGATI	124
9.8.1	Tracciati record	124
9.8.1.1	Premessa	124
9.8.1.2	Codifica Identificativo dell'assistito	124
9.8.1.3	Descrizione del tracciato	126
9.8.2	Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP)	127
9.8.2.1	Tracciato ANAGT "Dati Anagrafici"	127
9.8.2.2	Tracciato CONTT "Dati di Contatto"	129
9.8.2.3	Tracciato PRESTT "Dati di Prestazione"	131
9.8.2.4	Tracciato ANAGRS "Dati Anagrafici"	133
9.8.3.1	Tracciato CONTRS "Dati di Contatto"	135
9.8.3.2	Tracciato PRESTR "Dati di Prestazione Residenziale"	137
9.8.4.1	Tracciato PRESTS "Dati di Prestazione SemiResidenziale"	139
9.8.4.2	Tracciato CECPT "Dati dei Contributi Economici al Paziente"	141
9.8.4.3	Struttura del tracciato CECPT	142
9.8.4.3.1	Assegno Terapeutico	142
9.8.4.3.2	Borsa Lavoro	143
9.8.4.3.3	Inserimento Lavorativo	143
9.8.4.4	Logica di Storicizzazione Dati Territoriali	143
9.8.4.5	Criterio di Acquisizione Dati	143
9.8.4.6	Criterio di Elaborazione dei Dati	143
9.8.5	Le schede analitiche	144
9.8.5.1	Premessa	144
9.8.6	Anagrafiche	220
9.8.6.1	Combinazioni dei valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica	220
9.8.6.2	Controlli logici-normativi	221
9.8.6.2.1	Premessa	221
10.	FLUSSI INFORMATIVI LIBERA PROFESSIONE LIBPRO-RP	237
10.1	PRESENTAZIONE DEL CAPITOLO	237
10.1.1	Obiettivi	237
10.1.2	Concetti principali	237

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 7 di 288
--	---	---------------

10.1.2.1	Riferimenti normativi	238
10.2	REGOLE DI COMPILAZIONE	238
10.3	TIPO DI CONTROLLI	239
10.3.1	Controlli di correttezza formale (tipo F)	239
10.3.2	Controlli di correttezza logica (tipo L)	239
10.3.3	Controlli di abbinamento dei record e integrità file ricevuti (tipo N)	239
10.4	NOTE DI COMPILAZIONE	239
10.4.1	Modalità di movimentazione dei dati	239
10.4.1.1	Cancellazione blocchi di informazione	239
10.4.1.2	Sostituzione	240
10.4.2	L'articolazione della Struttura di erogazione	240
10.4.3	Calendario degli invii	240
10.5	TRACCIATI RECORD	242
10.5.1	Premessa	242
10.5.1.1	Codifica dell'Identificativo di Accesso in Libera Professione	242
10.5.1.2	Descrizione del tracciato	242
10.5.2	Tracciato dati di accesso e assistito (DACC)	243
10.5.3	Tracciato dati di attività (DATT)	245
10.6	LE SCHEDE ANALITICHE	247
10.6.1	Premessa	247
10.6.2	Le schede	248
10.7	SCHEDE DEI CONTROLLI	282
10.7.1	Controlli Logici (tipo L)	283
10.7.2	Controlli Formali (tipo F)	285
10.7.3	Controlli Bloccanti (tipo N)	286
10.7.4	Segnalazioni (tipo S)	287
10.8	INVIO TRAMITE SERVIZIO MOBS	288

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 8 di 288
--	--	---------------

1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo della nota esplicativa è quello di illustrare gli aggiornamenti introdotti alla documentazione tecnica di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.

2. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

2.1 Sintesi aggiornamenti

- 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 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 prescrizione segnalazione;
- Segnalazioni S06, S07, S08, S09: nuovo inserimento.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 9 di 288
--	--	---------------

2.2 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
[D2] – Specifiche funzionali NSIS “Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso”, Versione 5.2 – marzo 2012, emesse dal Ministero della Salute;	[D2] – Specifiche funzionali NSIS “Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso”, Versione 5.2bis del 22 aprile 2015, emesse dal Ministero della Salute;

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 10 di 288
--	---	----------------

2.3 Gestione codice Esito Missione

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

<p><u>Gestione codice Esito missione</u></p> <p>Relativamente all'esito della missione (campo 31.0), il tracciato NSIS prevede quattro valori:</p> <p>1 = Missione annullata 2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto 3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale 4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento</p> <p>Tuttavia le schede ambulanza, attraverso cui è rilevato il dato, prevedono una molteplicità di voci quale esito missione, a seconda che essa sia stata conclusa con un trasporto dell'assistito o non sia stata completata. Tali voci sono introdotte nel campo "Esito missione" (31.0), secondo la seguente legenda:</p> <p>1. per le missioni concluse con un trasporto dell'assistito presso una delle seguenti destinazioni:</p> <p style="margin-left: 40px;">1 = Domicilio 2 = Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) 3 = Struttura sanitaria privata 4 = <i>Rendez-vous</i> 5 = Obitorio 6 = Ospedale 7 = Altro</p> <p>▲ per le missioni non completate:</p> <p style="margin-left: 40px;">11 = Annullato da C.O. 12 = Avaria mezzo 13 = Meteo negativo 14 = Paziente non trovato 15 = Paziente già evacuato 16 = Target irraggiungibile 17 = Target non reperito</p> <p>A' fini dell'invio del dato al NSIS, esse sono da ricondurre alle voci ministeriali, secondo il seguente schema di transcodifica:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">CONDIZIONE</th> <th style="width: 35%;">VALORE SU SCHEDA AMBULANZA</th> <th style="width: 35%;">VALORE DA INVIARE AL NSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:</td> <td style="text-align: center;"><i>NON COMPLETATO</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 = Annullato da C.O.</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> <tr> <td>12 = Avaria mezzo</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> <tr> <td>13 = Meteo negativo</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> <tr> <td>14 = Paziente non trovato</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> </tbody> </table>	CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS	1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:	<i>NON COMPLETATO</i>		11 = Annullato da C.O.	1 = Missione annullata	12 = Avaria mezzo	1 = Missione annullata	13 = Meteo negativo	1 = Missione annullata	14 = Paziente non trovato	1 = Missione annullata	<p><u>Gestione codice Esito missione</u></p> <p>Relativamente all'esito della missione (campo 31.0), il tracciato NSIS prevede quattro valori:</p> <p>1 = Missione annullata; 2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto; 3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale; 4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento; 5 = <i>Rendez-vous</i>.</p> <p>Tuttavia le schede ambulanza, attraverso cui è rilevato il dato, prevedono una molteplicità di voci quale esito missione, a seconda che essa sia stata conclusa con un trasporto dell'assistito o non sia stata completata. Tali voci sono introdotte nel campo "Esito missione" (31.0), secondo la seguente legenda:</p> <p>2. per le missioni concluse con un trasporto dell'assistito presso una delle seguenti destinazioni:</p> <p style="margin-left: 40px;">1 = Domicilio 2 = Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) 3 = Struttura sanitaria privata 4 = <i>Rendez-vous</i> 5 = Obitorio 6 = Ospedale 7 = Altro</p> <p>▲ per le missioni non completate:</p> <p style="margin-left: 40px;">11 = Annullato da C.O. 12 = Avaria mezzo 13 = Meteo negativo 14 = Paziente non trovato 15 = Paziente già evacuato 16 = Target irraggiungibile 17 = Target non reperito</p> <p>A' fini dell'invio del dato al NSIS, esse sono da ricondurre alle voci ministeriali, secondo il seguente schema di transcodifica:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">CONDIZIONE</th> <th style="width: 35%;">VALORE SU SCHEDA AMBULANZA</th> <th style="width: 35%;">VALORE DA INVIARE AL NSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:</td> <td style="text-align: center;"><i>NON COMPLETATO</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 = Annullato da C.O.</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> <tr> <td>12 = Avaria mezzo</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> <tr> <td>13 = Meteo negativo</td> <td>1 = Missione annullata</td> </tr> </tbody> </table>	CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS	1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:	<i>NON COMPLETATO</i>		11 = Annullato da C.O.	1 = Missione annullata	12 = Avaria mezzo	1 = Missione annullata	13 = Meteo negativo	1 = Missione annullata
CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS																									
1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:	<i>NON COMPLETATO</i>																										
	11 = Annullato da C.O.	1 = Missione annullata																									
	12 = Avaria mezzo	1 = Missione annullata																									
	13 = Meteo negativo	1 = Missione annullata																									
14 = Paziente non trovato	1 = Missione annullata																										
CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS																									
1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:	<i>NON COMPLETATO</i>																										
	11 = Annullato da C.O.	1 = Missione annullata																									
	12 = Avaria mezzo	1 = Missione annullata																									
	13 = Meteo negativo	1 = Missione annullata																									

	15 = Paziente già evacuato	1 = Missione annullata		14 = Paziente non trovato	1 = Missione annullata
	16 = Target irraggiungibile	1 = Missione annullata		15 = Paziente già evacuato	1 = Missione annullata
	17 = Target non reperito	1 = Missione annullata		16 = Target irraggiungibile	1 = Missione annullata
2) Se la missione non risulta annullata ed è compilata una voce della sezione "TRASPORTATO":	TRASPORTATO/INVIATO A		2) Se la missione non risulta annullata ed è compilata una voce della sezione "TRASPORTATO":	TRASPORTATO/INVIATO A	
	1 = Domicilio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto		1 = Domicilio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto
	2 = C.A.P. (Centro di Assistenza Primaria)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento		2 = C.A.P. (Centro di Assistenza Primaria)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento
	3 = S.S. privata (Struttura Sanitaria privata)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento		3 = S.S. privata (Struttura Sanitaria privata)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento
	4 = R.V. (<i>Rendez-Vous</i>)	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto		4 = R.V. (<i>Rendez-Vous</i>)	5 = Rendez vous
	5 = Obitorio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto		5 = Obitorio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 13 di 288
--	--	----------------

	6 = Ospedale	3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale		6 = Ospedale	3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale
	7 = Altro	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto		7 = Altro	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto

2.4 Gestione codice Esito Trattamento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<u>Gestione codice Esito Trattamento</u> Per coerenza con la voce 4 (<i>Rendez-vous</i>) del campo “Esito missione” (31.0), ai valori ammessi del campo “Codice esito trattamento” (41.0) è aggiunta la voce 8 (Trasporto intermedio per <i>rendez-vous</i>).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 14 di 288
--	---	----------------

2.5 Gestione codice Esito Trattamento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p><u>Gestione codice Esito Trattamento</u></p> <p>Per coerenza con la voce 4 (<i>Rendez-vous</i>) del campo “Esito missione” (31.0), ai valori ammessi del campo “Codice esito trattamento” (41.0) è aggiunta la voce 8 (Trasporto intermedio per <i>rendez-vous</i>).</p>

2.6 SCHEDE ANALITICHE

2.6.1 Scheda 14.0: Classe patologia principale presunta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>

2.6.2 Scheda 15.1: Classe patologia secondaria presunta 1

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 15 di 288
--	---	----------------

2.6.3 Scheda 15.2: Classe patologia secondaria presunta 2

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3	LUNGHEZZA: 3
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

2.6.4 Scheda 15.3: Classe patologia secondaria presunta 3

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3	LUNGHEZZA: 3
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

2.6.5 Scheda 17.0: Dinamica presunta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2	LUNGHEZZA: 2
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 00 – 19	VALORI AMMESSI: 00 – 19

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 16 di 288
--	---	----------------

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).
---	---

2.6.6 Scheda 25.0: Dinamica riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Modalità CON	Modalità OBB
DESCRIZIONE CAMPO Indica la dinamica dell'evento riscontrata dagli operatori del mezzo si soccorso, in caso di evento traumatico.	DESCRIZIONE CAMPO Indica la dinamica dell'evento riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.
CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: 00 – 19 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: 00 – 19 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).
CONTROLLI APPLICATI L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento. L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.	CONTROLLI APPLICATI L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento. L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”. S09 – Incongruenza tra Dinamica riscontrata e Classe traumatica di patologia presunta. S11 – Incongruenza tra Dinamica riscontrata e Codice esito missione non completata o annullata.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI In caso di mancata rilevazione della Dinamica riscontrata, il campo può essere valorizzato con il codice 00 (non definita).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 17 di 288
--	---	----------------

2.6.7 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>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>L52 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice Istituto destinazione”.</p>
<p>Nota a piè di pagina</p>	<p>Nota a piè di pagina</p> <p>¹ L’applicazione del controllo L52 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione da parte ministeriale è attiva la segnalazione S10, al fine di evidenziare la mancata necessaria compilazione del Codice istituto di destinazione nel caso di trasporto dell’assistito presso un ospedale.</p>

2.6.8 Scheda 34.0: Classe patologia principale riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>

2.6.9 Scheda 35.1: Classe patologia secondaria riscontrata

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 18 di 288
--	---	----------------

<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>
---	---

2.6.10 Scheda 35.2: Classe patologia secondaria riscontrata2

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>

2.6.11 Scheda 35.3: Classe patologia secondaria riscontrata3

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A delle Specifiche Funzionali dei</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (Tabella A dei Codici ministeriali delle</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 19 di 288
--	---	----------------

tracciati 118 e Pronto Soccorso).	Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).
-----------------------------------	---

2.6.12 Scheda 36.0: Patologia riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 5	LUNGHEZZA: 5
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici patologia riscontrata (tabella C delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici patologia riscontrata (tabella C dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

2.6.13 Scheda 37.0: Prestazione principale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 6 – 10	LUNGHEZZA: 6 – 10
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).	TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

2.6.14 Scheda 39.0: Prestazione secondaria

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10	LUNGHEZZA: 10

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 20 di 288
--	---	----------------

<p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>	<p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D dei Codici ministeriali delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).</p>
---	---

2.6.15 Scheda 41.0: Codice esito trattamento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1	LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni	TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI:	LEGENDA DEI CODICI:
1 = Trasporto in pronto soccorso 2 = Trasporto diretto in reparto di specialità 3 = Trattamento sul posto senza trasporto 4 = Rifiuto trasporto 5 = Decesso sul posto 6 = Decesso durante il trasporto 7 = Trasporto in punto di primo intervento	1 = Trasporto in pronto soccorso 2 = Trasporto diretto in reparto di specialità 3 = Trattamento sul posto senza trasporto 4 = Rifiuto trasporto 5 = Decesso sul posto 6 = Decesso durante il trasporto 7 = Trasporto in punto di primo intervento 8 = Trasporto intermedio per <i>rendez-vous</i>

2.6.16 Scheda 43.0: Codice istituto destinazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L16 – Congruenza tra “Codice esito trattamento” e “Codice istituto destinazione”.	L16 – Congruenza tra “Codice esito trattamento” e “Codice istituto destinazione”.
L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.	L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.	L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”,	L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”,

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 21 di 288
--	---	----------------

<p>“Missione” ed “Assistito”. L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>“Missione” ed “Assistito”. L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”. L52³ – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice Istituto destinazione”. S10 – Mancata compilazione Codice istituto destinazione per assistito trasportato in ospedale.</p>
Nota a piè di pagina	Nota a piè di pagina
	<p>³ L'applicazione del controllo L52 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione da parte ministeriale è attiva la segnalazione S10, al fine di evidenziare la mancata necessaria compilazione del Codice istituto di destinazione nel caso di trasporto dell'assistito presso un ospedale.</p>

2.6.17 Scheda 59.0: Provincia e Comune di Residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza fra “Provincia/Comune di residenza” e “Regione di residenza”. L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”. L26 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Cittadinanza”. L29 – Congruenza tra “Comune di residenza” e “Regione di residenza”. L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”. L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”. L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza fra “Provincia/Comune di residenza” e “Regione di residenza”. L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”. L26 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Cittadinanza”. L29 – Congruenza tra “Comune di residenza” e “Regione di residenza”. L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”. L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”. L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”. S12 – Mancata compilazione campo Provincia e Comune di Residenza o Regione di Residenza.</p>

2.6.18 Scheda 67.0: Regione di Residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza. L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”. L26 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L06 – Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza. L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”. L26 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza.</p>

<p>L29 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza</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>L29 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza</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>S12 – Mancata compilazione campo Provincia e Comune di Residenza o Regione di Residenza.</p>
---	---

2.7 Tabella dei controlli

2.7.1 Controllo L47

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”:</p> <p style="margin-left: 20px;">▲ se “Esito missione” (31.0) è diverso da “3” (Missione conclusa con trasporto in ospedale), il campo “Codice di accettazione al Pronto Soccorso” (69.0) non deve essere compilato.</p>	<p>Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”:</p> <p style="margin-left: 20px;">▲ se “Esito missione” (31.0) è diverso da “6” (Missione conclusa con trasporto in ospedale), il campo “Codice di accettazione al Pronto Soccorso” (69.0) non deve essere compilato.</p>

2.7.2 Controllo L52

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p><i>n.a.</i></p>	<p>Congruenza tra “Esito missione” e “Codice Istituto destinazione”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Esito Missione” (31.0) è valorizzato con “6” (trasporto in ospedale), allora il campo “Codice istituto destinazione” (43.0) deve essere compilato.
<p>Nota a piè di pagina</p>	<p>Nota a piè di pagina</p> <p>⁵ L’applicazione del controllo L52 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione da parte ministeriale è attiva la segnalazione S10, al fine di evidenziare la mancata necessaria compilazione del Codice istituto di destinazione nel caso di trasporto dell’assistito presso un ospedale.</p>

2.7.3 Segnalazione S09

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Congruenza tra “Dinamica riscontrata” e “Codice patologia presunta”:</p> <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. 	<p>Incongruenza tra Dinamica riscontrata e Classe traumatica di patologia presunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record Missione per i quali il campo “Dinamica riscontrata” (25.0) assume valore “00” (non definita) nonostante il campo “Classe patologia principale presunta” (14.0) sia compilato con il codice di classe “C01”

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 23 di 288
--	---	----------------

	(traumatica).
--	---------------

2.7.4 Segnalazione S10

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Mancata compilazione Codice istituto destinazione per assistito trasportato in ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record Assistito per i quali non risulti compilato il campo "Codice istituto destinazione" (43.0) qualora il campo "Esito Missione" (31.0) sia valorizzato con "6" (trasporto in ospedale).

2.7.5 Segnalazione S11

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Incongruenza tra Dinamica riscontrata e Codice esito missione non completata o annullata:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record Missione per i quali il campo "Dinamica riscontrata" (25.0) assume un valore diverso da "00" (non definita) nonostante il campo "Esito missione" (31.0) sia valorizzato con "11", "12", "13", "14", "15", "16" o "17" (missione non completata/annullata).

2.7.6 Segnalazione S12

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	<p>Mancata compilazione campo Provincia e Comune di Residenza o Regione di Residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record Assistito per i quali entrambi i campi "Provincia e Comune di Residenza" (59.0) e "Regione di residenza" (67.0) non risultano compilati.

2.8 Tabella dei codici ministeriali

2.8.1 Tabella A: Codici Classe patologia presunta e riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA	
<i>n.a.</i>	Codice	Classe patologia
	C01	Traumatica
	C02	Cardiocircolatoria
	C03	Respiratoria
	C04	Neurologica
	C05	Psichiatrica
	C06	Neoplastica

	C07	Tossicologica
	C08	Metabolica
	C09	Gastroenterologica
	C10	Urologica
	C11	Oculistica
	C12	Otorinolaringoiatrica
	C13	Dermatologica
	C14	Ostetrico-ginecologica
	C15	Infettiva
	C19	Altra patologia
	C20	Patologia non identificata

2.8.2 Tabella B: Codici Dinamica riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA	
<i>n.a.</i>	Codice	Dinamica riscontrata
	00	non definita
	01	precipitato da < 3 metri
	02	precipitato da > 3 metri
	03	Aggressione
	04	arma Bianca
	05	arma da fuoco
	06	violenza sessuale
	07	morso di animale
	08	Esplosione
	09	Incendio
	10	incidente auto
	11	incidente moto
	12	incidente mezzo pesante
	13	incidente bicicletta
	14	incidente pedone
	15	Proiettato
	16	Incastrato
	17	tuffo/immersione
	18	altra dinamica
19	soccorso a persona	

2.8.3 Tabella C: Codici Patologia riscontrata

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA	
<i>n.a.</i>	Codice	Patologia riscontrata

C0101	Cranio
C0102	Torace
C0103	Addome
C0104	Arti
C0105	Rachide
C0106	Emorragia
C0107	Amputazione
C0108	Ferita
C0109	Frattura
C0110	Contusione
C0111	Ustione
C0112	Folgorazione/elettrocuzione
C0113	Lesione da freddo
C0114	Lesione agli occhi
C0115	Politraumatismo
C0116	Altra traumatica
C0201	Crisi ipertensiva
C0202	Scompenso cardio-circolatorio
C0203	Dolore toracico
C0204	Cardiopalmò/Aritmia
C0205	Arresto cardio-circolatorio
C0206	Sindrome coronarica acuta;
C0207	Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)
C0208	Arresto cardiaco rianimato
C0209	Altra cardio-circolatoria
C0301	Distress respiratorio
C0302	Corpo estraneo
C0303	Crisi asmatica/ laringospasmo
C0304	Immersione/sommersione
C0305	Insufficienza respiratoria cronica
C0308	Anafilassi
C0309	Altra respiratoria
C0401	Convulsioni
C0402	Cefalea
C0403	Coma
C0404	Ictus /deficit neurologico
C0405	Decadimento psichico
C0406	Perdita di coscienza
C0409	Altra neurologica
C0501	Tentato suicidio

C0502	Agitazione psicomotoria
C0509	Altra psichiatrica
C0601	Neoplastica
C0700	Intossicazione etilica
C0701	Ossido di carbonio
C0702	Farmaci
C0703	Alimenti
C0704	sostanze chimiche
C0705	overdose/stupefacenti
C0709	altra intossicazione
C0801	Iperglicemia
C0802	Ipoglicemia
C0809	Altro – metabolica
C0901	Emorragia digestiva
C0902	Dolore addominale
C0909	Altro – gastroenterologia
C1001	Colica renale
C1002	Ritenzione urinaria
C1009	Altro – urologica
C1101	Ferita penetrante occhio
C1109	Altro – oftalmologica
C1201	Epistassi
C1202	Corpo estraneo
C1209	Altro – ORL
C1301	Parassitosi
C1302	Reazione orticarioide
C1309	Altro – dermatologica
C1401	Parto
C1402	Metrorragia
C1403	Minaccia aborto
C1409	Altro - ostetrico-ginecologica
C1501	Stato febbrile
C1509	Altro – infettiva
C1901	Stato febbrile
C1902	NBCR (catastrofe o emergenza nucleare, batteriologica, chimica o radioattiva)
C1909	Altra patologia
C2001	Patologia non identificata

2.8.4 Tabella D: Codici Prestazione 118

VERSIONE	VERSIONE AGGIORNATA
-----------------	----------------------------

ATTUALE		
<i>n.a.</i>	Codice	Prestazione 118
	EM04.81	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
	EM21.01	Tamponamento anteriore per epistassi
	EM31.1	Cricotiroidotomia
	EM34.04	Drenaggio toracico
	EM34.09	Decompressione pneumotorace (pnx)
	EM37.0	Pericardiocentesi
	EM38.93	Accesso venoso centrale
	EM38.98	Prelievo di sangue arterioso
	EM38.99	Prelievo di sangue venoso
	EM39.98	controllo emorragia esterna
	EM57.94	Cateterismo vescicale
	EM73.99	Clampaggio e taglio cordone ombelicale dopo il parto
	EM79.70	Riduzione chiusa di lussazione
	EM83.14	Fasciotomia
	EM86.59	Sutura di ferita
	EM88.73.3	Ecografia Torace
	EM88.75	Ecografia reno-vescicale
	EM88.75.1	Ecografia dell' addome inferiore
	EM88.76.1	Ecografia addome completo
	EM88.76.2	Ecografia di grossi vasi addominali
	EM89.37.1	Spirometria
	EM89.52	Elettrocardiogramma
	EM89.61	Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
	EM89.65	Emogasanalisi arteriosa
	EM89.65.4	Capnometria
	EM89.65.5	Controllo saturazione O2
	EM89.66	Prelievo sangue venoso per determinazione CO
	EM89.7	Visita generale
	EM90.18.3	Ricerca sostanze d'abuso (droghe) su liquidi biologici
	EM90.20.1	Ricerca sostanze d'abuso (etanolo) su liquidi biologici
	EM90.27.1	Glicemia su sangue capillare
	EM90.62.2	Emocromo
	EM90.82.3	Troponina
	EM90.82.4	Ematocrito
	EM93.52	Immobilizzazione colonna con collare cervicale
	EM93.54	Immobilizzazione arti
	EM93.54.1	Bendaggio arti
	EM93.57	Medicazioni varie

EM93.57.1	Medicazione di ustioni
EM93.59	Controllo pneumotorace (pnx) aperto
EM93.59.1	Immobilizzazione colonna con estricatore
EM93.59.2	Immobilizzazione colonna con materassino a depressione
EM93.59.3	Immobilizzazione colonna con tavola spinale
EM93.90	Respirazione a pressione positiva continua (c-pap)
EM93.93	Ventilazione con pallone auto espansibile
EM93.94	Somministrazione farmaci con aerosol
EM93.96	Somministrazione ossigeno
EM94.29	Gestione paziente in agitazione psicomotoria
EM94.35	Gestione paziente in agitazione psicomotoria (in crisi)
EM94.38	Supporto psicologico al paziente
EM96.01	Inserzione tubo naso tracheale o nasofaringeo
EM96.01.1	Aspirazione secreti
EM96.02	Inserzione tubo orotracheale
EM96.02.1	Inserzione tubo o maschera laringea (o altro presidio sovraglottico)
EM96.04	Inserzione di tubo endotracheale
EM96.07	Posizionamento sondino naso gastrico
EM96.26	Riduzione manuale di prolasso rettale
EM96.27	Riduzione manuale di ernia
EM96.33	Gastrolusi
EM96.70	Ventilazione meccanica
EM98.01	Disostruzione vie aeree
EM98.14	Rimozione corpo estraneo laringe
EM98.15	Rimozione corpo estraneo trachea
EM99.01	Trasfusioni e somministrazione emoderivati
EM99.10	Trombolisi
EM99.16	Somministrazione Elettroliti
EM99.17	Somministrazione Insulina
EM99.18	Accesso venoso periferico
EM99.19	Somministrazione Anticoagulanti
EM99.22	Rimozione corpo estraneo occhio
EM99.23	Somministrazione Steroidi
EM99.2	Iniezione o infusione di farmaci e liquidi
EM99.29.0	Infusione intraossea per liquidi e farmaci
EM99.29.1	Accesso Infraosseo
EM99.60	Rianimazione cardiopolmonare di base
EM99.62	Terapie cardiache elettriche (cardioversione, pacing, defibrillazione manuale)
EM99.62.1	Defibrillazione semiautomatica
EM99.63	Massaggio cardiaco esterno a torace chiuso

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 29 di 288
--	---	----------------

	EM99.64	Massaggio Carotideo
	EM99.81	Ipotermia Terapeutica
	EM99.84.1	Decontaminazione singola (in caso di NBCR ⁶)
	EM99.88.1	Prevenzione ipotermia
	EM99.99.2	Estricazione di incastrati
	EM99.99.3	Determinazione CO ambientale
	EM99.99.8	Trasmissione dati
	EM00.00	Altra prestazione
Nota a piè di pagina	Nota a piè di pagina ⁶ Nucleare, Biologico, Chimico e Radiologico	

2.8.5 *Tabella dei Codici ministeriali di disciplina ospedaliera*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Si rimanda ai codici di cui al DM 23/12/1996 (ribaditi nel DM 5/12/2006) e successivamente riportati nella SDO, così come da indicazione ministeriale.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 30 di 288
--	---	----------------

3. CALENDARIO INVIO

3.1 Flusso C4 – Calendario invio del flusso

Valido a partire dalla rilevazione dell'anno 2016

VERSIONE Precedente						
N.A.						
VERSIONE Attuale						
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
C4	31-mar	30-apr	31-mag	30-giu	31-lug	31- ag
luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	chiusura definitiva anno
30-set	31-ott	30-nov	31-dic	31-gen	28-feb	31-mar

Le eventuali correzioni sui dati già trasmessi devono pervenire entro e l'ultimo giorno del mese successivo alla scadenza. Se la data di scadenza corrisponde ad un giorno festivo si posticipa al primo successivo giorno feriale.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 31 di 288
--	---	----------------

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

Elenco modifiche

- Tracciato Anagrafico – nuovo campo 117.0 – Flag ricetta interna
- Tracciato C – nuovo campo 118.0 - Codice catalogo prestazione
- Modificato Campo 04.0 Medico Prescrittore
- Modificato Campo 115.0 Ricetta Precedente
- Modificato Controllo LF5
- Modificato Controllo LF6
- Inserito nuovo controllo LF8
- Inserirle le segnalazioni S13, S14, S15, S16 e A01

4.1 Paragrafo 4.9 – TRACCIATO ANAGRAFICO

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale					
• N.A.	<i>Modifica.</i> Inserito nuovo campo					
	117.0	Flag Ricetta Interna	AN	1	357	357

4.2 Paragrafo 4.9 – TRACCIATO C

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale					
• N.A.	<i>Modifica.</i> Inserito nuovo campo					
	118.0	Codice Catalogo Prestazione	AN	10	118	127

4.3 Paragrafo 4.9 – TRACCIATO C4

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale					
• N.A.	<i>Modifica.</i> Inserito nuovo campo					
	08.0	Codice Fiscale Paziente	AN	16	112	127

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 32 di 288
--	--	----------------

4.4 Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE

4.4.1 Campo 04.0 Medico Prescrittore

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<ul style="list-style-type: none"> • Nel capoverso: 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. - Codice fiscale del medico specialista prescrittore 	<p><i>Modifica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Per il tracciato ANAG flusso C ricette cartacee AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA • 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 - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. - Dalle prescrizioni del 01/10/2015 accettato solo Codice fiscale del medico specialista prescrittore. Fino a questa data il controlla restituirà una segnalazione warning nel caso di mancata indicazione del codice fiscale del medico • 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: Codice regionale MMG o PLS <p>Per il tracciato ANAG Flusso C Ricette Elettroniche DEMATERIALIZZATE : codice fiscale del medico</p>

4.4.2 Campo 57.0 – Modalità Erogazione

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
VALORI AMMESSI: A,D, ,M,Z,P,R,S , spazio	<p><i>Modifica.</i></p> VALORI AMMESSI: A,D,G,M,Z,P,R,S,T, X, spazio
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Flusso C A: accesso diretto formalizzati per specifiche	<p><i>Modifica</i></p> OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Flusso C A: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni in

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 33 di 288
--	--	----------------

prestazioni in ambito oculistico, odontoiatrico e ginecologico D: ricetta specialistica interna ospedaliera M: Ricetta autoimpegnativa , vecchio modello, a correzione ricetta SSN non prescritta correttamente da parte di MMG, PLS o Convenzionato Z: altri tipi autoimpegnativa	ambito oculistico, odontoiatrico e ginecologico G: ricetta specialistica relativa all'agenda gravidanza D: ricetta specialistica interna ospedaliera P: ricetta specialistica relativa ad attività DSM T: ricetta specialistica relativa ad attività SERT S: ricetta specialistica relativa ad attività SIMT X: ricetta specialistica relativa ad attività CONSULTORIO M: Ricetta autoimpegnativa , vecchio modello, a correzione ricetta SSN non prescritta correttamente da parte di MMG, PLS o Convenzionato Z: altri tipi autoimpegnativa
---	---

4.4.3 Campo 115.0 Ricetta Precedente

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
CORRETTEZZA FORMALE Lunghezza 15	<i>Modificata lunghezza</i> CORRETTEZZA FORMALE Lunghezza 16
Osservazioni e precisazioni 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) 	<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) – (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) 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 progressivo

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 34 di 288
--	---	----------------

4.4.4 Campo 117.0 Flag Ricetta Interna

VER Prec	VERSIONE Attuale	
N.A.	NOME CAMPO: Flag Ricetta Interna - CAMPO 117.0	
	DESCRIZIONE CAMPO	
	Il campo indica, per le ricette elettroniche dematerializzate, se la ricetta è stata prescritta internamente ad una struttura pubblica,	
	CORRETTEZZA FORMALE	
	LUNGHEZZA:16	FORMATO: AN
	VALORI AMMESSI: 1, spazio	
	TABELLE DI RIFERIMENTO:	
	CONTROLLI APPLICATI	
	LF8 – Congruenza flag ricetta interna e numero ricetta	

4.4.5 Campo 118.0 Codice Catalogo Prestazione

VER Precedente	VERSIONE Attuale	
N.A.	NOME CAMPO: Codice Catalogo Prestazioni - CAMPO 118.0	
	DESCRIZIONE CAMPO	
	Il campo riporta il la codifica come da catalogo prestazioni rif DD371/A1400 del 16/06/2015	
	CORRETTEZZA FORMALE	
	LUNGHEZZA:10	FORMATO: AN
	VALORI AMMESSI:	
	TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del catalogo prestazioni	

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 35 di 288
--	---	----------------

	CONTROLLI APPLICATI	
	LF8 – Congruenza flag ricetta interna e numero ricetta	

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 36 di 288
--	---	----------------

4.5 Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)

4.5.1 Controllo LF5

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e il medico prescrittore nel caso di ricetta autoimpegnativa – Rif paragrafo 10	Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e il medico prescrittore, flag ricetta interna nel caso di ricetta autoimpegnativa – Rif paragrafo 10

4.5.2 Controllo LF6

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
N.A.	<p>Congruenza tra Ricetta Precedente, numero ricetta e modalità di erogazione, flag ricetta interna, codice percorso</p> <p>Il numero di ricetta precedente è richiesto obbligatorio dalle prescrizioni del 01/10 nel caso di ricetta dematerializzata interna con campo 57.0 Modalità di erogazione valorizzato a 'D' con l'eccezione delle ricette relative al percorso oncologico e percorso diabetologico, ovvero campo codice percorso valorizzato 064 e 085</p>

4.5.3 Controllo LF8

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
N.A.	Congruenza tra numero ricetta e flag ricetta interna. Il campo flag ricetta interna potrà assumere valorizzato ad 1, ricetta interna (autoimpegnativa dematerializzata) solo per le ricette elettroniche dematerializzate

4.6 Paragrafo 6.4 –SEGNALAZIONI (Warning)

VERSIONE Precedente		
N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 37 di 288
--	---	----------------

S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR: la ricetta viene segnalata all'ASL presso la quale presente il ricettario a magazzino non ancora assegnato in RUR	NO
S07	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S08	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S09	Non più valido dal 01/01/2015.	NO
S12	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. Solo per flusso C	NO
S13	Ricetta inviata il termine di Primo invio previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta.	NO
S14	Ricetta inviata oltre il termine di Consolidamento previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
S15	Solo per il flusso C – Campo ricetta Precedente non valorizzato Per le ricette del tipo impegnativa interna, il campo ricetta origine deve essere indicato il numero di ricetta SSN o impegnativa interna 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 Valida fino al 30 maggio 2015	NO
S16	Incongruenza tra Codice Prestazione e codice Esenzione Patologia: Segnalate le ricette per le quali è riscontrata la congruenza tra i codici prestazioni e il codice esenzione per patologia, riferimento all'allegato ALLEGATO B - Circolare n. 11932/DB2000 del 30 maggio 2014 – Solo per flusso C	NO

VERSIONE Attuale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR: la ricetta viene segnalata all'ASL presso la quale presente il ricettario a magazzino non ancora assegnato in RUR	NO
S07	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S08	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S09	Non più valido dal 01/01/2015.	NO
S12	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. Solo per flusso C	NO
S13	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Primo Invio" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della	NO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 38 di 288
--	---	----------------

	data di notifica della ricetta.	
S14	Ricetta inviata oltre la data prevista come “Consolidamento” del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
S15	Codice Fiscale del medico prescrivitore per ricette autoimpegnative non indicato	NO

4.7 Paragrafo 9 – Controllo LF5

VERSIONE Precedente	<p>Errore LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrivitore e Tipo di erogazione “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘A’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrivitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT - Valore “AD99999” per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto - <p>Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘D’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrivitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11: se il prescrivitore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrivitore - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione - Codice fiscale del medico specialista prescrivitore <p>Dalle prescrizioni del 01 aprile 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico prescrivitore</p> <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 prescrivitore</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 prescrivitore (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. - “AG99999”: in caso di ricette relative all’agenda di gravidanza
VERSIONE Attuale	<p>Ricette vecchio modello AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘A’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrivitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT - Valore “AD99999” per accesso diretto <p>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto</p> <p>Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘D’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrivitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11: se il prescrivitore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto. - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrivitore

- Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione.
- Codice fiscale del medico specialista prescrittore

Dalle prescrizioni del 01 ottobre 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico prescrittore

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

- Codice regionale MMG
- Codice regionale PLS

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):

- "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.
- "AG99999": in caso di ricette relative all'agenda di gravidanza

Ricette DEMATERIALIZZATE INTERNE

Richiesta la compilazione del codice fiscale del medico nel campo 04.0 – medico prescrittore e il campo modalità di erogazione potrà essere uno dei seguenti

A: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni in ambito oculistico, odontoiatrico e ginecologico

G: ricetta specialistica relativa all'agenda gravidanza

D: ricetta specialistica interna ospedaliera

P: ricetta specialistica relativa ad attività DSM

T: ricetta specialistica relativa ad attività SERT

S: ricetta specialistica relativa ad attività SIMT

X: ricetta specialistica relativa ad attività CONSULTORIO

Z: altri tipi autoimpegnativa

Ricette vecchio modello AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA

"Tipo di Erogazione" valorizzato con 'A' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:

- Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT
- - Valore "AD99999" per accesso diretto
- - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero
- - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell'accesso diretto
-

Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'D' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:

- Codice STS11: se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto
- - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore
- - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione
- -Codice fiscale del medico specialista prescrittore

Dalle prescrizioni del 01 ottobre 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico prescrittore

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

- Codice regionale MMG
- Codice regionale PLS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 40 di 288
--	---	----------------

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):

- "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.
- "AG99999": in caso di ricette relative all'agenda di gravidanza

Ricette DEMATERIALIZZATE INTERNE

Tipo di erogazione valorizzato

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 41 di 288
--	---	----------------

4.8 Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

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

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<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, SerT, DSM, SIMT - Valore “AD99999” per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto <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 consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. - Codice fiscale del medico 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</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 di ricette relative all’agenda di gravidanza</p>	<p><i>Modificato il controllo</i></p> <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, SerT, DSM, SIMT - Valore “AD99999” per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto <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 consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. - Codice fiscale del medico specialista prescrittore <p><u>Dalle prescrizioni del 1giugno 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico specialista 3.</u></p> <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</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. - “AG99999”: in caso di ricette relative all’agenda di gravidanza

5. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE TRACCIATO C – STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE/DEFINATIVAMENTE ACCREDITATE”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

Elenco modifiche

- Modificato Campo 13.0 Numero Ricetta
- Inserite le segnalazioni S13, S14, S15, S16

5.1 Paragrafo 6 – SCHEDE ANALITICHE

5.1.1 Campo 13.0 – Numero Ricetta

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<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 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>Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S06 – ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.U.R.</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>Per ricette SSN 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 impegnative prescritte elettronicamente da MMG,PLS, medico ospedaliero (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) è previsto il seguente schema: 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 progressivo)</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 43 di 288
--	---	----------------

5.2 Paragrafo 7.3 –SEGNALAZIONI (Warning)

VERSIONE Precedente		
N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Ricetta Fuori Tempo Massimo	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO
S07	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	NO
S08	nvio ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione monitoraggio spesa articolo 50	NO
S09	Modifica ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50.	NO
S12	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO
VERSIONE Attuale		
N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR: la ricetta viene segnalata all'ASL presso la quale presente il ricettario a magazzino non ancora assegnato in RUR	NO
S07	Non più valido dal 01/01/2015	
S08	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S09	Non più valido dal 01/01/2015.	NO
S12	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S13	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Primo Invio" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
S14	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Consolidamento" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 44 di 288
--	--	----------------

SA1	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA.	NO
SA2	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta.	NO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 45 di 288
--	---	----------------

6. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVI FARMACEUTICA -TRACCIATI RECORD D, F H”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

Elenco Modifiche

- Modificato Campo 28.0 Codice Farmaco
- Modificato Controllo LF7

6.1 Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE

6.1.1 Campo 28.0 – Codice Farmaco

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
VALORI AMMESSI: Tracciati D, F e H: - Codice Minsan - Codice regionale vaccini iposensibilizzanti - Codifica ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione VALORI dei farmaci galenici per malattie rare - OSSIGENO Tracciato F: - OSSIGENOLQ - codici regionali galenici per malattie rare - codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti) - Principio attivo del farmaco fornito ai sensi della Legge 648/96 (tabella codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV Tracciato H: - OSSIGENOLQ	VALORI AMMESSI: Tracciati D, F e H: - Codice Minsan - Codice regionale vaccini iposensibilizzanti - Codifica ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione VALORI dei farmaci galenici per malattie rare - OSSIGENO Tracciato F: - OSSIGENOLQ - codici regionali galenici per malattie rare - codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti) - Principio attivo del farmaco fornito ai sensi della Legge 648/96 (tabella codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV Tracciato H: - OSSIGENOLQ - V09 e V10: radiofarmaci di preparazione galenica (codici sostanza farmaci)-

6.2 Paragrafo 6.1 – Controlli Logici

6.2.1 Controllo LF7

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
Congruenza tra campo targatura, codice farmaco, quantità erogata e unità di misura Nel caso in cui si valorizza l'unità di misura 01 – Confezioni / Scatole allora il campo targatura deve essere compilato con le seguenti condizioni: -codice farmaco deve essere un MinSan, ovvero farmaco provvisto di codifica AIC) -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1 Nel caso in cui venga valorizzata la targatura, lo stesso	Congruenza tra targatura, codice farmaco, e codice tipo prestazione, quantità e unità di misura. Nel caso in cui la quantità erogata venga indicata con unità di misura 01- Confezioni e il campo 28.0 – Codice Farmaco sia compilato con un codice MinSan, valgono le seguenti indicazioni: - Per le ricette con tipo prestazione 01 e 02: a partire dal 1 giugno 2015 (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 03 e 33: a partire dal 1

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 46 di 288
--	--	----------------

<p>codice farmaco puo' essere ripetuto su più righe.</p>	<p>settembre (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 – Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 04, 05 e 09: a partire dal 1 gennaio 2016 (data di erogazione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura Si precisa che nel caso di compilazione del campo 88.0-Targatura, -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1 Nel caso di quantità > 1 sullo stesso codice farmaco la targatura deve essere riportata su più righe per un numero pari a quello della quantità erogata.</p>
--	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 47 di 288
--	--	----------------

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

Rispetto alla versione precedente sono state apportate le seguenti modifiche:

- Aggiornati riferimenti normativi (par. 2.2 Riferimenti normativi)
- Variata la gestione delle SDO di RRF inerenti:
 - Con la continuità assistenziale anche rispetto ai ricoveri in postacuzie
 - par. 3.2 Controlli di congruità normativa;
 - par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF;
 - par. 3.3.8 Continuità Acuzie/postacuzie dei ricoveri in Lungodegenza;
 - par. 4.3.5 Continuità Acuzie/postacuzie
- Modificato il punto A2 delle verifiche di appropriatezza inserendo i riferimenti alla D.G.R che modifica le disposizioni precedenti (par. 3.3.5 Verifiche sull'Appropriatezza)
- Sostituita la parola Extranet (in imminente dismissione) con Sistema Piemonte (PADDI) (nuovo sistema) (par. 3.3.5 Verifiche sull'Appropriatezza; par. 5.12 Tabella Codici malattie croniche/invalidanti e rare)
- Variato il riconoscimento della tariffa oltre soglia per gli accessi in DH riabilitativo (par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF; par. 4.2.2 Discipline di postacuzie 28, 56, 75, 60 e Neuropsichiatria; par. 4.3.6 Tetto massimo Ricoveri in DH di RRF)
- Inserito nuovo paragrafo par. 3.3.9 Criteri particolari di abbattimento per mancata continuità assistenziale dei ricoveri RRF e Lungodegenza (eccezioni alla regola generale)
- Modificato il paragrafo inerente l'algorithmo di valorizzazione in relazione alle SDO pervenute dopo la chiusura annuale in “extra competenza” (par. 4.2 Algoritmo di valorizzazione)
- Modificate la schede:
 - campo 05.0 Numero scheda per inserire controllo N04 (par. 5.2.2 Le schede)
 - campo 08.0 Codice Fiscale per inserire controlli LD3, LD4, LD5, LD6 (par. 5.2.2 Le schede)
 - campo 13.0 Cittadinanza per inserire controlli LD3, LD4, LD5 (par. 5.2.2 Le schede)
 - campo 14.0 Regione di residenza / Stato Estero di residenza per inserire controlli LD3, LD4 (par. 5.2.2 Le schede)
 - campo 15.0 Provincia / Comune di residenza per inserire controlli LD3, LD4 (par. 5.2.2 Le schede)
 - campo 16.0 ASL di residenza per inserire controlli LD3, LD4 (par. 5.2.2 Le schede)
- Modificata la scheda del campo 78.0 Malattia cronica/invalidante e rara per sostituire la la parola Extranet (in imminente dismissione) con Sistema Piemonte (PADDI) (par. 5.2.2 Le schede)
- Modificata la scheda del campo 26.0 Tipo di ricovero ordinario per eliminare il capoverso della “legenda dei codici” che inizia con: “se codice 4,” in quanto erroneamente dimenticato nella precedente versione (par. 5.2.2 Le schede)
- Modificata la scheda campo 76.0 EuroSCOR nella sezione OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI in relazione ai criteri di compilazione (par. 5.2.2 Le schede)
- Modificata la segnalazione S14 per la gestione dei nati nell'anno (par. 5.3.2 I controlli)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 48 di 288
--	--	----------------

- Modificata la segnalazione S19 per precisare la ricerca di continuità rispetto a precedenti ricoveri sia di acuzie che di postacuzie (par. 5.3.2 I controlli)
- Modificato il controllo L08 per rettificare precedente errore materiale (par. 5.3.2 I controlli)
- Modificato il controllo L10 per inserire il riferimento preciso alla tabella 5.2.3 (par. 5.3.2 I controlli)
- Modificata il controllo L99 per inserire il riferimento preciso alla tabella 5.16 (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo bloccante N04 per la verifica della correttezza della sequenza del supporto rispetto alla massima versione della cartella (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD3 per la verifica della Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD4 per la verifica della coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD5 per la verifica della coerenza fra Codice Fiscale e Cittadinanza per paziente senza codice fiscale (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD6 per la verifica della coerenza fra Codice Fiscale e anonimato (par. 5.3.2 I controlli)
- Spostato paragrafo di livello e aggiornata la tabella Istituti Pubblici (par. 5.4 - Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici)
- Spostato paragrafo di livello e aggiornata la tabella Istituti Privati Accreditati (par. 5.5 - Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati)
- Spostato paragrafo di livello (par. 5.5.2 - Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo "C")
- Aggiornata la tabella Istituti Privati non accreditati (par. 5.6 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati non accreditati)
- Aggiornata la tabella Istituti di attività extra-ospedaliera (par. 5.7 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS))
- Aggiornata la tabella Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery (par. 5.8 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery)
- Aggiornata la tabella di endoprotesi con l'inserimento degli istituti autorizzati al diverso riconoscimento per Pompe di infusione totalmente impiantabili e Neurostimolatore spinale (par. 5.12 Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive in istituti /reparti autorizzati)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 49 di 288
--	---	----------------

7.1 Riferimenti normativi (2.2)

Aggiornati 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 Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.	- D.M. 26.7.1993 Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- 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.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. 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. 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. 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. 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. 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	- D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380 Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori

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

Pag. 50 di 288

<p>pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate- 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 inappropriatelyzza” 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	<p>pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate- 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 inappropriatelyzza” 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
---	---

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 51 di 288
--	---	----------------

<p>dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatelyzza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Day Surgery 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 e bulgari – Disposizioni. - 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 	<p>dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatelyzza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Day Surgery 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 e bulgari – Disposizioni. - 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
--	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 52 di 288
--	---	----------------

<p>dell’Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l’impianto di protesi cocleare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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. 	<p>dell’Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l’impianto di protesi cocleare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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.
--	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 53 di 288
--	--	----------------

<ul style="list-style-type: none"> - 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 inappropriatazza. - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 inappropriatazza. - 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. 04.03.2013 n. 19-5465 Correzione per mero errore materiale della D.G.R. 33-5087 del 18 dicembre 2012 avente come oggetto "Organizzazione delle attività di
---	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 54 di 288
--	--	----------------

<p>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. 34-251 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 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. - 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". 	<p>Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazioni alle deliberazioni regionali D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 4-2495 del 03. 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000. - 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 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. - 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". - D.G.R. 21/05/2014 n. 84-7674 Modificazioni ed integrazioni alle DD.G.R. n. 14-6039 del 2 luglio 2013 e n. 55-6670 del 11 novembre 2013. Esecuzione dell'ordinanza TAR Piemonte del 13.03.2014 relativa al ricorso 79/2014 Eremo di Miazzina s.p.a. contro Regione Piemonte e definizione dei presidi autorizzati al rimborso dei presidi di neurostimolatore spinale e di pompa di infusione totalmente impiantabile. - D.G.R. 04/08/2014 n. 46-233
---	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 55 di 288
--	---	----------------

	Sospensione, revoca e disapplicazione di atti relativi alla revisione della rete ospedaliera, appropriatezza, attribuzione di incarichi di struttura nelle A.S.R., regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati.
--	---

7.2 Controlli di congruità normativa (3.2)

- Variata la gestione delle SDO di RRF inerenti:
 - Con la continuità assistenziale anche rispetto ai ricoveri in postacuzie:

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>I dati che hanno superato i controlli di correttezza formale e logica ed hanno subito le successive fasi di elaborazione, compresa quella di attribuzione del DRG, vengono sottoposti ad ulteriori controlli, preliminari alla fase di valorizzazione .</p> <p>Scopo di tali controlli è l'individuazione di quelle SDO che, pur contenendo informazioni sia formalmente che logicamente corrette, devono subire adattamenti ai fini della valorizzazione per rispettare precise indicazioni di legge, o per rispondere ad incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria.</p> <p>Tali SDO non costituiranno input per le successive fasi di valorizzazione . Seguiranno pertanto, il destino di ogni altro record errato: restituzione al mittente ed archiviazione fra gli "errati", in attesa della correzione da parte del compilatore.</p> <p>I controlli di congruità normativa applicati, riguardano:</p> <p>☒ Ricoveri in U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF) non in diretta connessione con l'evento scatenante (Cfr.</p>	<p>I dati che hanno superato i controlli di correttezza formale e logica ed hanno subito le successive fasi di elaborazione, compresa quella di attribuzione del DRG, vengono sottoposti ad ulteriori controlli, preliminari alla fase di valorizzazione .</p> <p>Scopo di tali controlli è l'individuazione di quelle SDO che, pur contenendo informazioni sia formalmente che logicamente corrette, devono subire adattamenti ai fini della valorizzazione per rispettare precise indicazioni di legge, o per rispondere ad incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria.</p> <p>Tali SDO non costituiranno input per le successive fasi di valorizzazione . Seguiranno pertanto, il destino di ogni altro record errato: restituzione al mittente ed archiviazione fra gli "errati", in attesa della correzione da parte del compilatore.</p> <p>I controlli di congruità normativa applicati, riguardano:</p> <p>☒ Ricoveri in U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF) non in diretta connessione con l'evento scatenante (Cfr. Campo 37.0)</p>

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

Pag. 56 di 288

Campo 37.0)

I ricoveri in U.O. di RRF in connessione con un precedente ricovero in Acuzie (oppure, nel caso di DH in RRF di III° livello, in connessione con un precedente ricovero con un RO nella stessa disciplina) sono caratterizzati dal valore inserito nel campo Provenienza assistito (25.0) che indica un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7) oppure un accesso dal domicilio, ma preceduto dal ricovero connesso nell'intervallo di tempo stabilito (valore C); a fronte di questi valori del campo provenienza assistito deve essere valorizzato anche il campo Istituto di provenienza del paziente (72.0) con il codice Hsp11-Bis dove si è svolto il ricovero precedente.

Nei casi in cui l'UO di ammissione è una UO di RRF, ma la provenienza dell'assistito non è un trasferimento e non è 'C', si verifica che il DRG attribuito dal Grouper sia il 462. Se così non è, il DRG viene "forzato" a 462, secondo quanto previsto dalla DGR 44-22844/1997.

Dell'incongruenza viene data notizia all'azienda inviante e, se entro i consueti quattro mesi dal mese di competenza, non verrà trasmessa opportuna correzione, la SDO resterà tariffata definitivamente secondo il DRG 462.

In sintesi per i ricoveri ordinari:

1) negli Istituti pubblici o equiparati:

se (UO AMMISSIONE) = 56 e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 4 o 5 o 6 o 7 o C)

allora:

se DRG ≠ 462

sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23

(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)

I ricoveri in U.O. di RRF in connessione con un precedente ricovero in Acuzie (oppure, nel caso di DH in RRF di III° livello, in connessione con un precedente ricovero con un RO nella stessa disciplina) sono caratterizzati dal valore inserito nel campo Provenienza assistito (25.0) che indica un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7) oppure un accesso dal domicilio, ma preceduto dal ricovero connesso nell'intervallo di tempo stabilito (valore C); a fronte di questi valori del campo provenienza assistito deve essere valorizzato anche il campo Istituto di provenienza del paziente (72.0) con il codice Hsp11-Bis dove si è svolto il ricovero precedente.

In relazione agli accessi in DH riabilitativo cod. 56 possono essere preceduti da un ricovero in acuzie e di riabilitazione (cod. 56, 75, 28); pertanto viene esclusa la continuità rispetto alla lungodegenza (cod. 60).

Nei casi in cui l'UO di ammissione è una UO di RRF, ma la provenienza dell'assistito non è un trasferimento e non è 'C', si verifica che il DRG attribuito dal Grouper sia il 462. Se così non è, il DRG viene "forzato" a 462, secondo quanto previsto dalla DGR 44-22844/1997.

Dell'incongruenza viene data notizia all'azienda inviante e, se entro i consueti quattro mesi dal mese di competenza, non verrà trasmessa opportuna correzione, la SDO resterà tariffata definitivamente secondo il DRG 462.

In sintesi per i ricoveri ordinari:

1) negli Istituti pubblici o equiparati:

se (UO AMMISSIONE) = 56 e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 4 o 5 o 6 o 7 o C)

allora:

se DRG ≠ 462

sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 57 di 288
--	--	----------------

<p>2) negli Istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati:</p> <p>se UO AMMISSIONE = 56 di II livello e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 4 o 5 o 7 o C)</p> <p style="padding-left: 40px;">allora:</p> <p style="padding-left: 80px;">se DRG ≠ 462</p> <p>sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23</p> <p>(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)</p> <p>Inoltre la DGR prevede un tetto massimo per i ricoveri di RRF non in connessione con un precedente ricovero in acuzie (o in RO nella disciplina, per quelli di DH di III° livello), per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.6.</p> <p>☐ Ricoveri in U.O. di Lungodegenza</p> <p>Ogni ricovero effettuato in un reparto di lungodegenza (codice 60) è un episodio di ricovero e pertanto non è previsto il trasferimento da/a reparti di disciplina diversa, nell'ambito della stessa struttura. In caso di passaggio a disciplina 60 da altra disciplina o viceversa, si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.</p> <p>Per gli istituti pubblici, sono consentiti trasferimenti tra reparti della disciplina 60 della stessa struttura di ricovero (HSP11).</p> <p>La DGR 14-6039 e s.m.i. indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero essere effettuati in continuità diretta (25.0 provenienza assistito 4, 5, 6, 7) con ricoveri di acuzie e fissa un</p>	<p>valore 23</p> <p>(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)</p> <p>2) negli Istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati:</p> <p>se UO AMMISSIONE = 56 di II livello e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 4 o 5 o 7 o C)</p> <p style="padding-left: 40px;">allora:</p> <p style="padding-left: 80px;">se DRG ≠ 462</p> <p>sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23</p> <p>(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)</p> <p>Inoltre la DGR prevede un tetto massimo per i ricoveri di RRF non in connessione con un precedente ricovero in acuzie (o in RO nella disciplina, per quelli di DH di III° livello), per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.6.</p> <p>☐ Ricoveri in U.O. di Lungodegenza</p> <p>Ogni ricovero effettuato in un reparto di lungodegenza (codice 60) è un episodio di ricovero e pertanto non è previsto il trasferimento da/a reparti di disciplina diversa, nell'ambito della stessa struttura. In caso di passaggio a disciplina 60 da altra disciplina o viceversa, si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.</p> <p>Per gli istituti pubblici, sono consentiti trasferimenti tra reparti della disciplina 60 della stessa struttura di ricovero (HSP11).</p>
---	--

tetto massimo del 20% per i ricoveri in Lungodegenza provenienti da domicilio riconosciuti economicamente dalla Regione; per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.8

☐ **Ricoveri in Unità Stati Vegetativi**

L'U.S.V è un particolare reparto della disciplina 60 (sottocodice 1), prevista dalla D.G.R. 13647-830 del 22.03.2010. Per i ricoveri in questo reparto, analogamente a tutti quelli della disciplina 60, va compilata una specifica SDO e non sono permessi trasferimenti da reparti diversi (neanche da altri reparti di Lungodegenza), né viceversa.

A causa delle durate particolarmente lunghe di questi ricoveri (che possono essere a cavallo di due competenze), le strutture hanno facoltà di richiedere una valorizzazione annuale, chiudendo le SDO amministrativamente, al 31 dicembre di ogni anno pur proseguendo il ricovero nell'anno successivo, nei casi nei quali alla stessa data il ricovero abbia già avuto una durata superiore a 120 giorni.

Le SDO dovranno essere compilate nel seguente modo:

a. se la SDO ha una decorrenza inferiore ai 120 giorni o se il ricovero si conclude nello stesso anno deve essere compilata normalmente

b. Se la SDO eccede i 120 giorni e il ricovero continua nell'anno successivo

la prima SDO avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, corrispondente alla data di ingresso del paziente in U.S.V.;
- data di dimissione, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno di competenza;
- il campo 25.0 – Modalità di dimissione deve contenere il

La DGR 14-6039 e s.m.i. indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero essere effettuati in continuità diretta (25.0 provenienza assistito 4, 5, 6, 7) con ricoveri di acuzie o di postacuzie e fissa un tetto massimo del 20% per i ricoveri in Lungodegenza provenienti da domicilio riconosciuti economicamente dalla Regione; per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.8

☐ **Ricoveri in Unità Stati Vegetativi**

L'U.S.V è un particolare reparto della disciplina 60 (sottocodice 1), prevista dalla D.G.R. 13647-830 del 22.03.2010. Per i ricoveri in questo reparto, analogamente a tutti quelli della disciplina 60, va compilata una specifica SDO e non sono permessi trasferimenti da reparti diversi (neanche da altri reparti di Lungodegenza), né viceversa.

A causa delle durate particolarmente lunghe di questi ricoveri (che possono essere a cavallo di due competenze), le strutture hanno facoltà di richiedere una valorizzazione annuale, chiudendo le SDO amministrativamente, al 31 dicembre di ogni anno pur proseguendo il ricovero nell'anno successivo, nei casi nei quali alla stessa data il ricovero abbia già avuto una durata superiore a 120 giorni.

Le SDO dovranno essere compilate nel seguente modo:

a. se la SDO ha una decorrenza inferiore ai 120 giorni o se il ricovero si conclude nello stesso anno deve essere compilata normalmente

b. Se la SDO eccede i 120 giorni e il ricovero continua nell'anno successivo

la prima SDO avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, corrispondente alla data di ingresso del

valore:

“B” – Chiusura convenzionale di ricovero in U.S.V.;

la seconda SDO, che prosegue il ricovero, avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno della SDO precedente (coincide con la data di dimissione della precedente);

- il campo 25.0, Provenienza assistito, valorizzato a

“B” – Prosecuzione di ricovero in U.S.V.

- data di dimissione all'uscita del paziente dal reparto;

Le SDO, con Provenienza Assistito = “B”, sebbene strettamente concatenate alle precedenti, non saranno considerate Ricoveri Ripetuti dalla procedura che calcola tali abbattimenti poiché a due SDO con stesso CF corrisponde agli atti documentali della struttura una unica cartella clinica.

Prestazioni di trapianto:

L'evento trapianto viene desunto dal codice ICD-9-CM in uno dei campi intervento.

Si controlla che l'istituto di cura erogante la prestazione di trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene sia abilitato (cfr. allegato par. 5.9, Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina); ad effettuare l'intervento, in ogni caso tali trapianti, compreso quello di midollo osseo, non possono essere effettuati in regime di "ricovero diurno".

Nel caso di “trapianto di cornea”, si controlla l'esistenza di un'U.O. di oculistica (codice 34.xx, 67.xx o 98.xx) nell'ambito della struttura di ricovero e l'intervento può anche essere eseguito in ricovero diurno (cfr. allegato par. 5.9, Tabella trapianti: compatibilità fra

paziente in U.S.V.;

- data di dimissione, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno di competenza;

- il campo 25.0 – Modalità di dimissione deve contenere il valore:

“B” – Chiusura convenzionale di ricovero in U.S.V.;

la seconda SDO, che prosegue il ricovero, avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno della SDO precedente (coincide con la data di dimissione della precedente);

- il campo 25.0, Provenienza assistito, valorizzato a

“B” – Prosecuzione di ricovero in U.S.V.

- data di dimissione all'uscita del paziente dal reparto;

Le SDO, con Provenienza Assistito = “B”, sebbene strettamente concatenate alle precedenti, non saranno considerate Ricoveri Ripetuti dalla procedura che calcola tali abbattimenti poiché a due SDO con stesso CF corrisponde agli atti documentali della struttura una unica cartella clinica.

Prestazioni di trapianto:

L'evento trapianto viene desunto dal codice ICD-9-CM in uno dei campi intervento.

Si controlla che l'istituto di cura erogante la prestazione di trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene sia abilitato (cfr. allegato par. 5.9, Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina); ad effettuare l'intervento, in ogni caso tali trapianti, compreso quello di midollo osseo, non possono essere effettuati in regime di "ricovero diurno".

codice intervento e istituto o disciplina)

☒ Ricoveri per Parto:

☒ Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza di un U.O. di ostetricia e ginecologia (cod. 37.xx).

☒ Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)

☒ Il regime di ricovero non può essere "diurno", ma può essere "di un giorno".

☒ Prestazioni in reparti di Neuroriabilitazione (cod. 75):

Ricoveri in unità gravi cerebrolesioni acquisite, codice 75: la scheda nosologica dovrà avere un DRG appartenente alla MDC 1.

Solo per l'Ospedale S. Luigi di Orbassano (HSP11 010904), in relazione alle specifiche attività svolte, sono riconosciute anche SDO con DRG appartenenti alla MDC 4 e 5.

☒ DRG 469 o 470:

Nei casi in cui i codici ICD-9-CM apposti sulla SDO conducono il "Grouper" ad attribuire un DRG 469 o 470, il record seguirà il destino delle Schede corrette, ma verrà fornita una segnalazione alla struttura di ricovero inviante, la quale potrà, pertanto, rinviare una nuova SDO, debitamente modificata, con il campo 59.0 (tipo di movimento) valorizzato a "S" entro i due mesi successivi al mese di competenza.

Nel caso di "trapianto di cornea", si controlla l'esistenza di un'U.O. di oculistica (codice 34.xx, 67.xx o 98.xx) nell'ambito della struttura di ricovero e l'intervento può anche essere eseguito in ricovero diurno (cfr. allegato par. 5.9, Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina)

☒ Ricoveri per Parto:

☒ Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza di un U.O. di ostetricia e ginecologia (cod. 37.xx).

☒ Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)

☒ Il regime di ricovero non può essere "diurno", ma può essere "di un giorno".

☒ Prestazioni in reparti di Neuroriabilitazione (cod. 75):

Ricoveri in unità gravi cerebrolesioni acquisite, codice 75: la scheda nosologica dovrà avere un DRG appartenente alla MDC 1.

Solo per l'Ospedale S. Luigi di Orbassano (HSP11 010904), in relazione alle specifiche attività svolte, sono riconosciute anche SDO con DRG appartenenti alla MDC 4 e 5.

☒ DRG 469 o 470:

Nei casi in cui i codici ICD-9-CM apposti sulla SDO conducono il "Grouper" ad attribuire un DRG 469 o 470, il record seguirà il destino delle Schede corrette, ma verrà fornita una segnalazione alla struttura di ricovero inviante, la quale potrà, pertanto, rinviare una nuova SDO, debitamente modificata, con il campo 59.0 (tipo di

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 61 di 288
--	---	----------------

	movimento) valorizzato a "S" entro i due mesi successivo al mese di competenza.
--	---

7.3 Verifiche sull'Appropriatezza (3.3.5)

Sostituita la parola Extranet (in imminente dismissione) con Sistema Piemonte (PADDI) (nuovo sistema)

Modificato il punto A2 delle verifiche di appropriatezza inserendo i riferimenti alla D.G.R che modifica le disposizioni precedenti (par. 3.3.5 Verifiche sull'Appropriatezza)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Regione con 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 inappropriatazza" (successivamente modificata, in parte, da Nota regionale 26.06.2012 n. 18035e da D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087) ridefiniva quali DRG devono essere sottoposti all'analisi, le quote massime previste per le diverse tipologie di ricoveri con tali DRG e gli abbattimenti da applicare in caso di superamento dei valori soglia prefissati</p> <p>In generale i DRG soggetti all'analisi si possono raggruppare in base all'algoritmo di verifica ed al metodo di abbattimento che vengono applicati:</p> <p>A1 - DRG di tipo chirurgico per ricoveri che dovrebbero essere eseguiti in regime diurno; per ognuno di questi DRG viene fissata una percentuale massima di RO, con più di un giorno di degenza, valorizzabili a tariffa piena, sul totale dei ricoveri (RO + DH) eseguiti da ogni struttura.</p> <p>Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.</p> <p>A2 - DRG di tipo chirurgico, per ricoveri con prestazioni che vengono eseguite anche ambulatorialmente (n.b.: le Prestazioni ambulatoriali – PA d'ora in avanti - sono rilevate mediante il flusso dati C); per ognuno di questi DRG vengono fissate due soglie percentuali, sul totale delle prestazioni eseguite (RO + DH +</p>	<p>Regione con 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 inappropriatazza" (successivamente modificata, in parte, da Nota regionale 26.06.2012 n. 18035e da D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087) ridefiniva quali DRG devono essere sottoposti all'analisi, le quote massime previste per le diverse tipologie di ricoveri con tali DRG e gli abbattimenti da applicare in caso di superamento dei valori soglia prefissati.</p> <p>In generale i DRG soggetti all'analisi si possono raggruppare in base all'algoritmo di verifica ed al metodo di abbattimento che vengono applicati:</p> <p>A1 - DRG di tipo chirurgico per ricoveri che dovrebbero essere eseguiti in regime diurno; per ognuno di questi DRG viene fissata una percentuale massima di RO, con più di un giorno di degenza, valorizzabili a tariffa piena, sul totale dei ricoveri (RO + DH) eseguiti da ogni struttura.</p> <p>Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.</p> <p>A2 - DRG di tipo chirurgico, per ricoveri con prestazioni che vengono eseguite anche ambulatorialmente (n.b.: le Prestazioni ambulatoriali – PA d'ora in avanti - sono rilevate mediante il flusso dati C); per ognuno di questi DRG vengono fissate due soglie percentuali, sul totale delle prestazioni eseguite (RO + DH +</p>

<p>PA) in ogni struttura: la prima soglia è la percentuale minima di PA attese, la seconda (analoga a quella del gruppo A1) fissa la quantità di RO valorizzabili a tariffa piena.</p> <p>Se le PA non raggiungono la prima soglia, un numero di SDO (preferibilmente di DH) sufficiente a raggiungerla vengono valorizzate con la tariffa riconosciuta per le PA nel flusso C.</p> <p>Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la seconda soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.</p> <p>B - DRG di tipo medico, per ognuno dei quali la delibera fissa il tasso di ospedalizzazione atteso, sul totale della popolazione.</p> <p>Per ogni ASL e per ognuno di questi DRG, viene calcolato il tasso di ospedalizzazione effettivo: tutte le SDO, con ricoveri di pazienti residenti nell'ASL e DRG con tasso di ospedalizzazione effettivo superiore alla soglia prevista, vengono abbattute del 20% per la quota di sfioramento.</p> <p>C - DRG 410, viene fissata la percentuale massima di accessi in DH valorizzabili a tariffa piena sul totale di accessi in DH e PA di chemioterapia (rilevate mediante il flusso C); inoltre viene fissata una soglia massima delle giornate di RO valorizzabili a tariffa piena, sul totale delle giornate di RO, accessi in DH e PA. Dall'analisi sono esclusi i ricoveri degli ospedali infantili Regina Margherita e Cesare Arrigo.</p> <p>Gli accessi in DH che eccedono la prima soglia, vengono abbattuti del 90%. Analogo abbattimento si applica alle SDO di RO quando le giornate di RO eccedono la seconda soglia.</p> <p>L'elaborazione esegue le verifiche di appropriatezza delle SDO presenti in archivio e determina quali SDO devono essere sottoposte ai diversi abbattimenti per DRG. Come ultima fase, può essere eseguita una rivalorizzazione che applica gli abbattimenti risultanti.</p> <p>L'elaborazione può essere eseguita più volte durante il periodo di</p>	<p>PA) in ogni struttura: la prima soglia è la percentuale minima di PA attese, la seconda (analoga a quella del gruppo A1) fissa la quantità di RO valorizzabili a tariffa piena.</p> <p>Se le PA non raggiungono la prima soglia, un numero di SDO (preferibilmente di DH) sufficiente a raggiungerla vengono valorizzate con la tariffa riconosciuta per le PA nel flusso C.</p> <p>Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la seconda soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.</p> <p>In relazione agli abbattimenti previsti la D.G.R. 14-7092 del 10.02.2014 modifica le disposizioni della D.G.R. 4-2495 del 03.08.2011 solo ed esclusivamente per i DRG di tipo chirurgico: <u>006, 008, 039, 040, 041, 055, 059, 060, 061, 119, 160, 162, 163, 229, 232, 262, 266, 339, 342, 343, 362, 364, 381, 503 e 538</u></p> <p>per i ricoveri iniziati <u>dopo il 30.06.2013</u> non prevedendo più il riconoscimento tariffario corrispondente ai ricoveri di un giorno per quelli con durata maggiore di 1 giorno e che superano le percentuali.</p> <p>B - DRG di tipo medico, per ognuno dei quali la delibera fissa il tasso di ospedalizzazione atteso, sul totale della popolazione.</p> <p>Per ogni ASL e per ognuno di questi DRG, viene calcolato il tasso di ospedalizzazione effettivo: tutte le SDO, con ricoveri di pazienti residenti nell'ASL e DRG con tasso di ospedalizzazione effettivo superiore alla soglia prevista, vengono abbattute del 20% per la quota di sfioramento.</p> <p>C - DRG 410, viene fissata la percentuale massima di accessi in DH valorizzabili a tariffa piena sul totale di accessi in DH e PA di chemioterapia (rilevate mediante il flusso C); inoltre viene fissata una soglia massima delle giornate di RO valorizzabili a tariffa piena, sul totale delle giornate di RO, accessi in DH e PA. Dall'analisi sono esclusi i ricoveri degli ospedali infantili Regina</p>
--	---

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 63 di 288
--	---	----------------

<p>competenza, su richiesta della Regione, i risultati delle verifiche di appropriatezza vengono pubblicati su Extranet. Si osserva che durante il periodo di competenza gli eventuale abbattimenti applicati dalle rivalorizzazioni, hanno carattere provvisorio in quanto ad ogni elaborazione successiva, variando la base dati di partenza, possono variare le SDO soggette all'abbattimento o gli abbattimenti applicati.</p> <p>Dopo la chiusura della competenza, le verifiche di appropriatezza vengono eseguite sull'archivio consolidato e la rivalorizzazione successiva applica gli abbattimenti definitivi.</p>	<p>Margherita e Cesare Arrigo.</p> <p>Gli accessi in DH che eccedono la prima soglia, vengono abbattuti del 90%. Analogo abbattimento si applica alle SDO di RO quando le giornate di RO eccedono la seconda soglia.</p> <p>L'elaborazione esegue le verifiche di appropriatezza delle SDO presenti in archivio e determina quali SDO devono essere sottoposte ai diversi abbattimenti per DRG. Come ultima fase, può essere eseguita una rivalorizzazione che applica gli abbattimenti risultanti.</p> <p>L'elaborazione può essere eseguita più volte durante il periodo di competenza, su richiesta della Regione, i risultati delle verifiche di appropriatezza vengono pubblicati su Sistema Piemonte (PADDI). Si osserva che durante il periodo di competenza gli eventuale abbattimenti applicati dalle rivalorizzazioni, hanno carattere provvisorio in quanto ad ogni elaborazione successiva, variando la base dati di partenza, possono variare le SDO soggette all'abbattimento o gli abbattimenti applicati.</p> <p>Dopo la chiusura della competenza, le verifiche di appropriatezza vengono eseguite sull'archivio consolidato e la rivalorizzazione successiva applica gli abbattimenti definitivi.</p>
--	---

7.4 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF (3.3.6)

- Variata la gestione delle SDO di RRF inerenti:
 - Con la continuità assistenziale anche rispetto ai ricoveri in postacuzie:

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	Intervallo massimo tra i	Eccezioni: ricoveri ammessi senza	Tipologia ricovero	In continuità con	Intervallo massimo tra i	Eccezioni: ricoveri ammessi senza

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

Pag. 64 di 288

		precedente	due ricoveri	continuità			precedente	due ricoveri	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 (*)
	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	RO / DH di acuzie	10 gg	MCD 1 + 20% del totale annuo dal domicilio	DH	RRF II° livello	RO / DH di acuzie e di postacuzie (**)	10 gg	MCD 1 + 20% del totale annuo dal domicilio (*)
	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1		RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1

Si precisa che le sdo RRF con istituto di provenienza fuori regione sono considerate in continuità assistenziale.

Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:

- 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.

Si fa osservare che, per le SDO di RRF, con data ricovero dal 1/07/2013, 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

(*) **con la D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014**

Si rimanda al par. 3.3.9 per la gestione particolare del 2013

(**) **con la D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014**

In relazione agli accessi in DH riabilitativo cod. 56 possono essere preceduti da un ricovero in acuzie e di riabilitazione (cod. 56, 75, 28); pertanto viene esclusa la continuità rispetto alla lungodegenza (cod. 60).

Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 65 di 288
--	--	----------------

<p>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> <p>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.</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 1/07/2013, 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').</p> <p>A fronte del <u>codice di un ospedale fuori regione</u>, la procedura considererà valido (cioè in continuità assistenziale) "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>
---	--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 66 di 288
--	--	----------------

	<p>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.</p> <p>Per eccezioni particolari si rimanda al par. 3.3.9.</p>
--	---

7.5 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF (3.3.7)

Variato il riconoscimento della tariffa oltre soglia per gli accessi in DH riabilitativo

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 >= 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 >= 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>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 67 di 288
--	---	----------------

<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>	<p>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014 in relazione agli accessi in DH riabilitativo (con oltre soglia) dal 01.07.2013 al 30.06.2014 (limitatamente a questo intervallo), le giornate oltre soglia (30 gg MDC 1 / 15 gg gli altri MDC) saranno oggetto di riconoscimento della tariffa oltre soglia riportata nella tabella 2.</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>
---	--

7.6 Continuità Acuzie/postacuzie dei ricoveri in Lungodegenza (3.3.8)

- Variata la gestione delle SDO di RRF inerenti:
 - Con la continuità assistenziale anche rispetto ai ricoveri in postacuzie:

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039 e s.m.i., indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero avvenire in continuità (diretta) con un precedente ricovero in acuzie, pertanto il campo 25.0 Provenienza assistito dei ricoveri nelle U.O. della disciplina 60 dovrebbe indicare un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7).</p> <p>Ammette anche i ricoveri in disciplina 60, provenienti dal domicilio, ma stabilisce che vengano riconosciuti economicamente fino a una quota massima del 20% del totale.</p> <p>La procedura, che viene eseguita alla chiusura della competenza, esegue i conteggi, struttura per struttura dei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricoveri in disciplina 60 <p>e tra questi di quelli</p> <ul style="list-style-type: none"> - con Provenienza assistito ≠ 4, 5, 6 o 7 	<p>La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039 e s.m.i., indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero avvenire in continuità (diretta) con un precedente ricovero in acuzie o in postacuzie, pertanto il campo 25.0 Provenienza assistito dei ricoveri nelle U.O. della disciplina 60 dovrebbe indicare un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7).</p> <p>Ammette anche i ricoveri in disciplina 60, provenienti dal domicilio, ma stabilisce che vengano riconosciuti economicamente fino a una quota massima del 20% del totale.</p> <p>La procedura, che viene eseguita alla chiusura della competenza, esegue i conteggi, struttura per struttura dei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricoveri in disciplina 60

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 68 di 288
--	--	----------------

<p>le SDO di quest'ultimo tipo, che superano il 20% del totale, vengono <u>valorizzate a 0.</u></p>	<p>e tra questi di quelli</p> <ul style="list-style-type: none"> - con Provenienza assistito ≠ 4, 5, 6 o 7 <p>le SDO di quest'ultimo tipo, che superano il 20% del totale, vengono <u>valorizzate a 0.</u></p> <p>Per quanto concerne le SDO in Lungodegenza 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 e sono, altresì, escluse dalle verifiche di continuità assistenziale.</p> <p><u>Per eccezioni particolari si rimanda al par. 3.3.9.</u></p>
---	--

7.7 Criteri particolari di abbattimento per mancata continuità assistenziale dei ricoveri RRF e Lungodegenza (eccezioni alla regola generale) (3.3.9)

Inserito nuovo paragrafo

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Paragrafo non esistente nella versione attuale</p>	<p><u>Per l'anno di competenza 2013:</u></p> <p>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014 Vengono sospesi gli effetti della D.G.R. n.55-6670 del 11 novembre 2013 nelle parti in cui vengono stabiliti i limiti percentuali al riconoscimento remunerativo delle prestazioni di postacuzie provenienti da domicilio per l'anno 2013. Pertanto per l'anno 2013, a titolo cautelare sub iudice fino a sentenza definitiva, verranno riconosciuti gli importi non abbattuti indipendentemente dal fatto che superino o meno le percentuali di ammissibilità riportate nella colonna "Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità".</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 69 di 288
--	--	----------------

	<p><u>Per l'anno di competenza 2014:</u></p> <p>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014 e la D.G.R. n. 46-233 del 04 agosto 2014 delineano una particolare articolazione per gli abbattimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dal 01 gennaio 2014 al 31 agosto 2014</u> (considerando la data di dimissione): <i>“non meno del 50% dei ricoveri di postacuzie di pazienti residenti in Piemonte deve provenire da reparti per acuti, Pronto Soccorso o D.E.A. ospedaliero oppure dai Servizi territoriali delle A.S.L. “</i> <p>Pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Il limite % è fissato al 50% ○ Si considerano solo le sdo di pazienti residenti in Piemonte <ul style="list-style-type: none"> • <u>dal 01 settembre 2014 al 31 dicembre 2014</u> ritornano in vigore le regole e i limiti percentuali descritte nei paragrafi precedenti.
--	--

7.8 Algoritmo di valorizzazione (4.2)

Modificato il paragrafo inerente l'algoritmo di valorizzazione in relazione alle SDO pervenute dopo la chiusura annuale in "extra competenza" (par. 4.2 Algoritmo di valorizzazione)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Sono oggetto di valorizzazione tutte le SDO di Istituti pubblici ed equiparati o di Istituti privati provvisoriamente o definitivamente accreditati che, prese in carico dal Sistema Informativo, ai controlli sono risultate prive di errori formali, logici e di congruità normativa.</p> <p>Le SDO di Istituti privati non accreditati sono acquisite al sistema ma non valorizzate; lo stesso avviene per le SDO con onere di degenza 4.</p> <p>L'anno di competenza della prestazione è l'anno solare di dimissione, per</p>	<p>Sono oggetto di valorizzazione tutte le SDO di Istituti pubblici ed equiparati o di Istituti privati provvisoriamente o definitivamente accreditati che, prese in carico dal Sistema Informativo, ai controlli sono risultate prive di errori formali, logici e di congruità normativa.</p> <p>Le SDO di Istituti privati non accreditati sono acquisite al sistema ma non valorizzate; lo stesso avviene per le SDO con onere di degenza 4.</p> <p>L'anno di competenza della prestazione è l'anno solare di dimissione, per</p>

tutti Istituti di ricovero.

Le schede pervenute dopo la data di chiusura annuale vengono accettate e valorizzate, ma evidenziate con flag “**extra competenza**”, che le identifica come SDO non addebitabili ai fini della mobilità regionale (se la cartella è già presente nell’archivio “in competenza”, la versione “extra competenza” non disabilita la precedente).

Per **ricovero di 1 giorno** si intende, di norma, un ricovero ordinario con permanenza del paziente per una notte. Se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero allora, nel caso di ricoveri in acuzie, il valore calcolato dei giorni di degenza viene forzato a 1 e viene applicata la tariffa appositamente definita.

Nel caso di decesso o trasferimento avvenuto nelle prime 24 ore si applica la tariffa corrispondente alla colonna appositamente definita dalla DGR.

Per poter effettuare i calcoli e determinare il valore della prestazione, sia essa di acuzie o di post-acuzie, occorre premettere alcune definizioni che verranno utilizzate nei paragrafi che seguono:

- **Tariffa entro soglia (TES)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni entro soglia*
- **Tariffa oltre soglia (TOS)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni oltre soglia*

In alcune casistiche previste dalla DGR la **tariffa entro soglia** può essere differenziata in tre sottotipologie, che convenzionalmente definiremo come segue:

- **Tariffa entro soglia 1 (TES1)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza superiore ad 1 giorno
- **Tariffa entro soglia 2 (TES2)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza di 1 giorno e riferiti a *pazienti trasferiti o deceduti*
- **Tariffa entro soglia 3 (TES3)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari o diurni con degenza di 1 giorno (e non riconducibili alla casistica

tutti Istituti di ricovero.

Le schede pervenute dopo la data di chiusura annuale vengono accettate e valorizzate, ma evidenziate con flag “**extra competenza**”, che le identifica come SDO non addebitabili ai fini del computo della chiusura contabile (se la cartella è già presente nell’archivio “in competenza”, la versione “extra competenza” non disabilita la precedente).

Per **ricovero di 1 giorno** si intende, di norma, un ricovero ordinario con permanenza del paziente per una notte. Se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero allora, nel caso di ricoveri in acuzie, il valore calcolato dei giorni di degenza viene forzato a 1 e viene applicata la tariffa appositamente definita.

Nel caso di decesso o trasferimento avvenuto nelle prime 24 ore si applica la tariffa corrispondente alla colonna appositamente definita dalla DGR.

Per poter effettuare i calcoli e determinare il valore della prestazione, sia essa di acuzie o di post-acuzie, occorre premettere alcune definizioni che verranno utilizzate nei paragrafi che seguono:

- **Tariffa entro soglia (TES)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni entro soglia*
- **Tariffa oltre soglia (TOS)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni oltre soglia*

In alcune casistiche previste dalla DGR la **tariffa entro soglia** può essere differenziata in tre sottotipologie, che convenzionalmente definiremo come segue:

- **Tariffa entro soglia 1 (TES1)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza superiore ad 1 giorno
- **Tariffa entro soglia 2 (TES2)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza di 1 giorno e riferiti a *pazienti trasferiti o deceduti*
- **Tariffa entro soglia 3 (TES3)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari o diurni con degenza di 1 giorno (e non riconducibili alla casistica

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 71 di 288
--	--	----------------

<p>precedente)</p> <p>Le tariffe entro e oltre soglia sono contenute nelle varie tabelle allegate alla DGR. I criteri per l'individuazione della corretta tariffa variano in funzione delle diverse casistiche e saranno descritti nei paragrafi seguenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giorni degenza = data di dimissione – data ricovero (se le 2 date coincidono, allora <i>giorni degenza</i> = 1) - Giorni effettivi = giorni degenza - giorni di permesso – giorni di trasferimento breve - Giorni entro soglia = minimo (<i>giorni effettivi</i>, <i>giorni soglia</i>) (dove i <i>giorni soglia</i> sono definiti dalla DGR, nelle varie tabelle allegate) - Giorni oltre soglia = giorni effettivi - giorni soglia <p>I <i>giorni di trasferimento breve</i>, ammessi solo per ricoveri in post-acuzie, sono quelli disciplinati dalla procedura descritta nel paragrafo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata., cui si rimanda.</p> <p>Per quanto riguarda il DRG, la versione del Sistema di Classificazione Diagnosis Related Groups adottata per la sua determinazione è la 24°, come nella <i>Vecchia Valorizzazione</i>.</p>	<p>precedente)</p> <p>Le tariffe entro e oltre soglia sono contenute nelle varie tabelle allegate alla DGR. I criteri per l'individuazione della corretta tariffa variano in funzione delle diverse casistiche e saranno descritti nei paragrafi seguenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giorni degenza = data di dimissione – data ricovero (se le 2 date coincidono, allora <i>giorni degenza</i> = 1) - Giorni effettivi = giorni degenza - giorni di permesso – giorni di trasferimento breve - Giorni entro soglia = minimo (<i>giorni effettivi</i>, <i>giorni soglia</i>) (dove i <i>giorni soglia</i> sono definiti dalla DGR, nelle varie tabelle allegate) - Giorni oltre soglia = giorni effettivi - giorni soglia <p>I <i>giorni di trasferimento breve</i>, ammessi solo per ricoveri in post-acuzie, sono quelli disciplinati dalla procedura descritta nel paragrafo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata., cui si rimanda.</p> <p>Per quanto riguarda il DRG, la versione del Sistema di Classificazione Diagnosis Related Groups adottata per la sua determinazione è la 24°, come nella <i>Vecchia Valorizzazione</i>.</p>
---	---

7.9 Discipline di postacuzie (4.2.2)

Variato il riconoscimento della tariffa oltre soglia per gli accessi in DH riabilitativo

VERSIONE ATTUALE				VERSIONE AGGIORNATA			
La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).				La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).			
Caso	Formula per il calcolo del Valore	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo	Caso	Formula per il calcolo del Valore della	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo

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

Pag. 72 di 288

	della SDO				SDO		
Riabilitazione I liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 I liv.	In base a disciplina e MDC		Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 I liv.	In base a disciplina e MDC
Riabilitazione II liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)		Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione a carattere neuropsichiatrico, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 NP			Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 NP	
Riabilitazione II liv. (56), DH	Valore = TES * accessi entro soglia fino al tetto massimo previsto per MDC dalla DGR	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)		Valore = TES * accessi entro soglia fino al tetto massimo previsto per MDC dalla DGR ^(**)	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (28), RO	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)		Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 73 di 288
--	---	----------------

Riabilitazione III liv. (28), DH	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Riabilitazione III liv. (28), DH	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), RO,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Riabilitazione III liv. (75), RO,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), DH,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Riabilitazione III liv. (75), DH,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Lungodegenza, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO, USV	Valore = Tariffa * giorni effettivi	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Lungodegenza, RO, USV	Valore = Tariffa * giorni effettivi	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza a carattere neuropsichiatrico	Valore = (TES * Giorni entro	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e	Lungodegenza a carattere neuropsichiatrico	Valore = (TES * Giorni entro	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e

Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 74 di 288
---	----------------

	Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)		fascia di accreditamento (colonna)		Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)		fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione I° II° livello, NP e lungodegenza RO, con diagnosi V62.5	Valore = Tariffa * giorni effettivi	56 I liv., 56 II liv., 56 NP, RRF III liv., Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)	Riabilitazione I° II° livello, NP e lungodegenza RO, con diagnosi V62.5	Valore = Tariffa * giorni effettivi	56 I liv., 56 II liv., 56 NP, RRF III liv., Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Attenzione <ul style="list-style-type: none"> - Gli eventuali giorni di permesso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti <u>agli istituti privati</u> al 50% della TES corrispondente. - Gli eventuali giorni di trasferimento breve in Pronto Soccorso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti <u>agli istituti privati e pubblici equiparati</u> al 50% della TES corrispondente. 				Attenzione <ul style="list-style-type: none"> - Gli eventuali giorni di permesso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti <u>agli istituti privati</u> al 50% della TES corrispondente. - Gli eventuali giorni di trasferimento breve in Pronto Soccorso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti <u>agli istituti privati e pubblici equiparati</u> al 50% della TES corrispondente. 			
<p>(**) <u>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014</u> in relazione agli accessi in DH riabilitativo (con oltre soglia) dal 01.07.2013 al 30.06.2014, le giornate oltre soglia (30 gg MDC 1 / 15 gg gli altri MDC) saranno oggetto di riconoscimento della tariffa oltre soglia riportata nella tabella 2.</p>							

7.10 Continuità Acuzie/postacuzie (4.3.5)

- Variata la gestione delle SDO di RRF inerenti:
 - Con la continuità assistenziale anche rispetto ai ricoveri in postacuzie:

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 75 di 288
--	--	----------------

<p>L'eventuale abbattimento, della SDO di post-acuzie, avviene al momento dei controlli post-elaborazione nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la procedura non sia in grado di identificare un ricovero precedente in continuità con il ricovero in RRF (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli post-valorizzazione); - la SDO venga identificata come Lungodegenza, proveniente dal domicilio (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli post-valorizzazione) <p>In entrambi i casi, se viene superata la soglia massima di casi ammessi, le SDO in eccesso vengono <u>valorizzate a 0</u>.</p>	<p>L'eventuale abbattimento, della SDO di post-acuzie, avviene al momento dei controlli post-elaborazione nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la procedura non sia in grado di identificare un ricovero precedente in continuità con il ricovero in RRF (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli post-valorizzazione); - la SDO venga identificata come Lungodegenza, proveniente dal domicilio (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli post-valorizzazione) <p>In entrambi i casi, se viene superata la soglia massima di casi ammessi, le SDO in eccesso vengono <u>valorizzate a 0</u>.</p> <p><u>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014</u> sospende gli effetti della D.G.R. n.55-6670 del 11 novembre 2013 nelle parti in cui vengono stabiliti i limiti percentuali al riconoscimento remunerativo delle prestazioni di postacuzie provenienti da domicilio per l'anno 2013. <u>Pertanto, a titolo cautelare subiudice fino a sentenza definitiva, verranno riconosciuti gli importi non abbattuti.</u></p>
---	--

7.11 Tetto massimo Ricoveri in DH di RRF (4.3.6)

Variato il riconoscimento della tariffa oltre soglia per gli accessi in DH riabilitativo

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 76 di 288
--	--	----------------

<p>L'eventuale abbattimento della SDO di DH in RRF, avviene</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento dell'elaborazione della SDO, se il numero dei giorni di presenza in DH (campo 54.0) supera il tetto massimo consentito per anno; • oppure al momento della rivalorizzazione conseguente ai controlli post-elaborazione nel caso in cui sussistano le condizioni illustrate nel paragrafo (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli differiti). 	<p>L'eventuale abbattimento della SDO di DH in RRF, avviene</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento dell'elaborazione della SDO, se il numero dei giorni di presenza in DH (campo 54.0) supera il tetto massimo consentito per anno; • oppure al momento della rivalorizzazione conseguente ai controlli post-elaborazione nel caso in cui sussistano le condizioni illustrate nel paragrafo (si veda par. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. sui controlli differiti). <p><u>La D.G.R. n. 84-7674 del 21 maggio 2014 in relazione agli accessi in DH riabilitativo (con oltre soglia) dal 01.07.2013 al 30.06.2014, le giornate oltre soglia (30 gg MDC 1 / 15 gg gli altri MDC) saranno oggetto di riconoscimento della tariffa oltre soglia riportata nella tabella 2.</u></p>
--	--

7.12 Le schede (5.2.2)

- Modificate la schede:
 - campo 05.0 Numero scheda per inserire controllo N04
 - campo 08.0 Codice Fiscale per inserire controlli LD3, LD4, LD5, LD6
 - campo 13.0 Cittadinanza per inserire controlli LD3, LD4, LD5
 - campo 14.0 Regione di residenza / Stato Estero di residenza per inserire controlli LD3, LD4
 - campo 15.0 Provincia / Comune di residenza per inserire controlli LD3, LD4
 - campo 16.0 ASL di residenza per inserire controlli LD3, LD4
- Modificata la scheda del campo 26.0 Tipo di ricovero ordinario per eliminare il capoverso della "legenda dei codici" che inizia con: "se codice 4," in quanto erroneamente dimenticato nella precedente versione (par. 5.2.2 Le schede)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 77 di 288
--	--	----------------

- Modificata la scheda del campo 78.0 Malattia cronica/invalidante e rara per sostituire la parola Extranet (in imminente dismissione) con Sistema Piemonte (PADDI) (par. 5.2.2 Le schede)
- Modificata la scheda campo 76.0 EuroSCOR nella sezione OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI in relazione ai criteri di compilazione (par. 5.2.2 Le schede)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°	TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°
ANAG Numero Scheda SI 05.0	ANAG Numero Scheda SI 05.0
SDO	SDO
DESCRIZIONE DEL CAMPO:	DESCRIZIONE DEL CAMPO:
Si tratta del numero univoco nell'anno caratterizzante l'episodio di ricovero. Contiene due informazioni: le prime quattro cifre indicano l'anno del ricovero; le restanti sei cifre costituiscono un numero progressivo nell'ambito della Struttura di Ricovero (Hsp11), o dell'Istituto di dimissione (HSP11.Bis), indipendentemente dal regime di ricovero.	Si tratta del numero univoco nell'anno caratterizzante l'episodio di ricovero. Contiene due informazioni: le prime quattro cifre indicano l'anno del ricovero; le restanti sei cifre costituiscono un numero progressivo nell'ambito della Struttura di Ricovero (Hsp11), o dell'Istituto di dimissione (HSP11.Bis), indipendentemente dal regime di ricovero.
CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 10	CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 10
FORMATO: AN	FORMATO: AN
POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 13-22 / nel tracciato "Dati Clinici": 14-23	POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 13-22 / nel tracciato "Dati Clinici": 14-23
VALORI AMMESSI: anno di riferimento (aaaa) + progressivo numerico, NON nullo, espresso con sei cifre.	VALORI AMMESSI: anno di riferimento (aaaa) + progressivo numerico, NON nullo, espresso con sei cifre.
TABELLE DI RIFERIMENTO:	TABELLE DI RIFERIMENTO:
CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI	CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI
L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda	L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda
N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici	N04 - Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 78 di 288
--	--	----------------

identificativi della SDO S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo	versione della cartella N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici identificativi della SDO S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo
TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N° ANAG Codice fiscale SI 08.0 DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita. IL CODICE FISCALE DEVE ESSERE RILEVATO DALLA TESSERA SANITARIA e deve risultare certificato dal servizio regionale AURA o dal MEF , a cura dell'Anagrafe Tributaria CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 16 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 58-73 VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9', o sedici "0" o codice provvisorio di 11 caratteri per cittadini stranieri TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA / MEF certificazione a cura dell'Anagrafe Tributaria CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome / Nome "anonimo" L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza LA4 - Congruenza tra Dati Team, Onere degenza, Codice fiscale e residenza	TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N° ANAG Codice fiscale SI 08.0 DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita. IL CODICE FISCALE DEVE ESSERE RILEVATO DALLA TESSERA SANITARIA e deve risultare certificato dal servizio regionale AURA o dal MEF , a cura dell'Anagrafe Tributaria CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 16 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 58-73 VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9', o sedici "0" o codice provvisorio di 11 caratteri per cittadini stranieri TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA / MEF certificazione a cura dell'Anagrafe Tributaria CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome / Nome "anonimo" L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza LA4 - Congruenza tra Dati Team, Onere degenza, Codice fiscale e residenza

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 79 di 288
--	--	----------------

<p>del paziente</p> <p>LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente</p> <p>LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione</p> <p>LC6 - Codice fiscale non certificato.</p> <p>LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).</p> <p>LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).</p> <p>S17 - Validità Codice fiscale non verificata << Servizio SOGEI indisponibile >></p>	<p>del paziente</p> <p>LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente</p> <p>LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione</p> <p>LC6 - Codice fiscale non certificato.</p> <p>LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).</p> <p>LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).</p> <p>LD3 - Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide.</p> <p>LD4 - Coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI</p> <p>LD5 - Coerenza fra Codice Fiscale e Cittadinanza per paziente senza codice fiscale</p> <p>LD6 - Coerenza fra Codice Fiscale e anonimato</p> <p>S17 - Validità Codice fiscale non verificata << Servizio SOGEI indisponibile >></p>
<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: ANAG Cittadinanza</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO: cittadinanza del dimesso</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p>	<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: ANAG Cittadinanza</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO: cittadinanza del dimesso</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 81 di 288
--	---	----------------

L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza	L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza LD3 - Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide. LD4 - Coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI
<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>ANAG Provincia e Comune di residenza SI 15.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO: identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 6</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 96-101</p> <p>VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani ENI + codice Stato estero STP + codice Stato estero 999 + codice Stato estero</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli esteri sovrani.</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L08 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza</p>	<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>ANAG Provincia e Comune di residenza SI 15.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO: identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 6</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 96-101</p> <p>VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani ENI + codice Stato estero STP + codice Stato estero 999 + codice Stato estero</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli esteri sovrani.</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L08 - Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 82 di 288
--	---	----------------

<p>L10 – Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici</p>	<p>L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici</p> <p>LD3 - Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide.</p> <p>LD4 - Coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI</p>
<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>ANAG ASL di residenza SI 16.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO:</p> <p>ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il dimesso. In caso di Residenti all'estero il campo viene compilato con 999</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 102-104</p> <p>VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte da 001 a 998 per le altre regioni per residenti all'estero: 999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza</p> <p>L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici</p> <p>LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente</p> <p>S14 - ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA)</p>	<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>ANAG ASL di residenza SI 16.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO:</p> <p>ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il dimesso. In caso di Residenti all'estero il campo viene compilato con 999</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 102-104</p> <p>VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte da 001 a 998 per le altre regioni per residenti all'estero: 999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza</p> <p>L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici</p> <p>LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente</p> <p>LD3 - Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 83 di 288
--	---	----------------

	LD4 - Coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI S14 - ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA)
TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N° SDO Tipo di ricovero ordinario CONDIZIONATO 26.0 DESCRIZIONE DEL CAMPO: si riporta l'informazione sempre e solo in caso di ricovero ordinario. Indica se il ricovero sia programmato o urgente; se sia un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35, 64 della Legge 833/78. Le dizioni programmato e urgente riguardano le modalità organizzative dell'accesso e non si riferiscono agli aspetti clinici del ricovero. CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 38-38 VALORI AMMESSI: da 1 a 6, ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero 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) 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	TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N° SDO Tipo di ricovero ordinario CONDIZIONATO 26.0 DESCRIZIONE DEL CAMPO: si riporta l'informazione sempre e solo in caso di ricovero ordinario. Indica se il ricovero sia programmato o urgente; se sia un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35, 64 della Legge 833/78. Le dizioni programmato e urgente riguardano le modalità organizzative dell'accesso e non si riferiscono agli aspetti clinici del ricovero. CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 38-38 VALORI AMMESSI: da 1 a 6, ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero 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) 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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 84 di 288
--	--	----------------

<p>L90 – Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero</p> <p>LA3 – Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero</p> <p>LD1 – Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo di Ricovero ordinario</p> <p>OSSERVAZIONI</p> <p>E</p> <p>PRECISAZIONI LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = ricovero programmato, non urgente</p> <p>2 = ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero)</p> <p>3 = TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)</p> <p>4 = ricovero programmato, con preospedalizzazione</p> <p>5 = nuovo nato</p> <p>6 = ricovero urgente tramite pronto soccorso</p> <p>N.B.:</p> <p>- i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi sia prenotazione anche se la differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è di un giorno</p> <p>- se codice 4, possono essere riportate sulla SDO le procedure effettuate nel corso della preospedalizzazione (comma 18, Art. 1 Legge 23 Dicembre 1996, n. 662).</p> <p>- se si tratta di ricovero diurno (codice 2 al campo 2 - regime di ricovero) questo campo viene lasciato a spazio.</p>	<p>L90 – Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero</p> <p>LA3 – Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero</p> <p>LD1 – Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo di Ricovero ordinario</p> <p>OSSERVAZIONI</p> <p>E</p> <p>PRECISAZIONI LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = ricovero programmato, non urgente</p> <p>2 = ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero)</p> <p>3 = TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)</p> <p>4 = ricovero programmato, con preospedalizzazione</p> <p>5 = nuovo nato</p> <p>6 = ricovero urgente tramite pronto soccorso</p> <p>N.B.:</p> <p>- i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi sia prenotazione anche se la differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è di un giorno</p> <p>- se si tratta di ricovero diurno (codice 2 al campo 2 - regime di ricovero) questo campo viene lasciato a spazio.</p>
TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO	TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 85 di 288
--	---	----------------

<p>CAMPO N°</p> <p>SDO Codice malattie croniche/invalidanti e rare OBB 78.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO:</p> <p>indica il codice identificativo delle malattie rare ai sensi del D.M. nr. 329 del 28/05/1999 (malattie croniche/invalidanti) e del D.M. 279 del 18/05/2001 (malattie rare).</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 10</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 348 - 357</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare, pubblicata sul sito extranet</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato</p> <p>OSSERVAZIONI</p> <p>E</p> <p>PRECISAZIONI Indicare il codice "999999999" per pazienti non affetti dalle patologie in oggetto.</p>	<p>CAMPO N°</p> <p>SDO Codice malattie croniche/invalidanti e rare OBB 78.0</p> <p>DESCRIZIONE DEL CAMPO:</p> <p>indica il codice identificativo delle malattie rare ai sensi del D.M. nr. 329 del 28/05/1999 (malattie croniche/invalidanti) e del D.M. 279 del 18/05/2001 (malattie rare).</p> <p>CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 10</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 348 - 357</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare, pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI)</p> <p>CORRETTEZZA LOGICA CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato</p> <p>OSSERVAZIONI</p> <p>E</p> <p>PRECISAZIONI Indicare il codice "999999999" per pazienti non affetti dalle patologie in oggetto.</p>
<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>SDO EuroSCOR CON 76.0</p> <p>Il campo deve essere compilato solo dalle strutture: 010909.01 - 010909.02 - 01090.03 - 010905 - 010906 - 010907 - 010908 - 010611 - 010628 - 010643 per episodi di ricovero afferenti ai DRG 104, 105, 106, 108, 547, 548, 549 e 550.</p>	<p>TRACCIATO NOME DEL CAMPO: OBBLIGATORIO CAMPO N°</p> <p>SDO EuroSCOR CON 76.0</p> <p>Il campo deve essere compilato solo dalle strutture: 010909.01 - 010909.02 - 01090.03 - 010905 - 010906 - 010907 - 010908 - 010611 - 010628 - 010643 in presenza di codici intervento appartenenti alla lista riportata in tab. 5.16.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 86 di 288
--	---	----------------

Per la determinazione del punteggio si veda tabella 5.17	Per la determinazione del punteggio si veda tab. 5.15.
--	--

7.13 I controlli (5.3.2)

- Modificata la segnalazione S19 per precisare la ricerca di continuità rispetto a precedenti ricoveri sia di acuzie che di postacuzie
- Modificata la segnalazione S14 per la gestione dei nati nell'anno (par. 5.3.2 I controlli)
- Modificata il controllo L10 per inserire il riferimento preciso alla tabella 5.2.3 (par. 5.3.2 I controlli)
- Modificata il controllo L99 per inserire il riferimento preciso alla tabella 5.16 (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo bloccante N04 per la verifica della correttezza della sequenza del supporto rispetto alla massima versione della cartella (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD3 per la verifica della Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale per apolide (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD4 per la verifica della coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza per straniero STP/ENI (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD5 per la verifica della coerenza fra Codice Fiscale e Cittadinanza per paziente senza codice fiscale (par. 5.3.2 I controlli)
- Inserito nuovo controllo LD6 per la verifica della coerenza fra Codice Fiscale e anonimato (par. 5.3.2 I controlli)
-

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
S19 Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie. Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche	S19 Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie. Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 87 di 288
--	---	----------------

<p>richieste (vedi par.3.3.8).</p> <p>Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente valorizzata a 0 , se supererà la quota massima prevista.</p>	<p>richieste (vedi par.3.3.8).</p> <p>Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente valorizzata a 0 , se supererà la quota massima prevista.</p>
<p>S14 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.</p>	<p>S14 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.</p> <p>Per i nati nell'anno residenti in Piemonte e provvisti di Codice Fiscale il confronto viene fatto alla data di dimissione.</p>
<p>L08 Se Provincia e Comune di residenza sono italiani (cioè le prime tre posizioni sono diverse da 999 / STP / ENI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - devono essere situati nella Regione di residenza indicata . <p>Per pazienti residenti all'estero / ENI / STP</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel campo 15.0 deve essere indicato un codice di stato estero, valido alla data di dimissione; <p>lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (caratteri 4:6) del campo 14.0</p> <p>Per pazienti apolidi</p> <ul style="list-style-type: none"> - i campi 14.0 e 15.0 devono essere valorizzati con “tutti 9” 	<p>L08 Coerenza fra Provincia e Comune_Residenza, Regione di residenza e Data di dimissione.</p> <p>Se Provincia e Comune di Residenza sono italiani (cioè le prime tre posizioni sono diverse da '999' / 'STP' / 'ENI')</p> <ul style="list-style-type: none"> - devono essere situati nella Regione di Residenza indicata. <p>Per pazienti 'residenti all'estero' / 'STP' / 'ENI'</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel campo 14.0 deve essere indicato il codice dello stato estero, valido alla data di dimissione; - lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (caratteri 4:6) del campo 15.0; <p>inoltre, sempre alla data di dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel caso STP, lo stato estero non può appartenere all'UE, né alla SSE,

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 88 di 288
--	---	----------------

	<p>né essere la Svizzera;</p> <p>- nel caso ENI, lo stato estero deve appartenere all'UE, o alla SSE, o deve essere la Svizzera;</p> <p>Per pazienti apolidi</p> <p>- i campi 14.0 e 15.0 devono essere valorizzati con 'tutti 9'.</p>
<p>L10 L'onere di degenza deve essere congruente con Provincia e Comune di residenza, Regione di residenza, ASL di residenza.</p> <p>Per la corretta attribuzione dei campi correlati consultare la Tabella 5.3 degli allegati.</p>	<p>L10 L'onere di degenza deve essere congruente con Provincia e Comune di residenza, Regione di residenza, ASL di residenza.</p> <p>Per la corretta attribuzione dei campi correlati consultare la Tabella 5.2.3 degli allegati.</p>
<p>L99 Per le seguenti Strutture, HSP11: 010611 – 010628 – 010643 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909.01 – 010909.02 – 010909.03</p> <p>il campo EuroSCOR deve essere compilato in presenza di codici intervento appartenenti alla lista riportata in tab. 5.18</p> <p>Viceversa, in assenza di tali codici, o per SDO di in assenza di codici o istituti altre strutture, il campo EuroSCOR non deve essere compilato.</p>	<p>L99 Per le seguenti Strutture, HSP11: 010611 – 010628 – 010643 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909.01 – 010909.02 – 010909.03</p> <p>il campo EuroSCOR deve essere compilato in presenza di codici intervento appartenenti alla lista riportata in tab. 5.16</p> <p>Viceversa, in assenza di tali codici, o per SDO di in assenza di codici o istituti altre strutture, il campo EuroSCOR non deve essere compilato.</p>
Controllo non esistente	<p>N04 SDO non elaborata errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella B</p>
Controllo non esistente	<p>LD3</p> <p>Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Codice Fiscale, nel caso di paziente apolide.</p> <p>Se Cittadinanza = '999', apolide,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comune_Residenza deve essere = '999999'

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 89 di 288
--	--	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Codice_Fiscale deve essere 'tutti 9'; viceversa, nel caso di • Cittadinanza diversa da '999', Comune di Residenza non può essere '999999'. <p>LC 08.0 Codice fiscale</p> <p style="padding-left: 100px;">14.0 Regione di residenza</p> <p style="padding-left: 100px;">15.0 Provincia e comune di residenza</p> <p style="padding-left: 100px;">16.0 ASL di residenza</p> <p style="padding-left: 100px;">13.0 Cittadinanza</p>
Controllo non esistente	<p>LD4 Coerenza fra Comune di Residenza, Codice Fiscale e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero STP/ENI</p> <p>Se Comune_Residenza = 'STP+stato estero' / 'ENI+stato estero'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice_Fiscale deve essere un codice ISI del tipo 'STP...' / 'ENI...' (in accordo con il campo 15.0), <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'tutti 0' (neonato di madre STP) • Cittadinanza deve essere != '100' <p>viceversa, nel caso di Comune di Residenza diverso da 'STP+stato estero' / 'ENI+stato estero'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice_fiscale non può essere un codice ISI del tipo 'STP...' / 'ENI...'. LC 08.0 Codice fiscale

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 90 di 288
--	--	----------------

	14.0 Regione di residenza 15.0 Provincia e comune di residenza 16.0 ASL di residenza 13.0 Cittadinanza
Controllo non esistente	LD5 Coerenza fra Codice Fiscale e Cittadinanza, nel caso di paziente senza codice fiscale Se Codice_Fiscale = 'tutti 9' sono ammessi i seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • Cittadinanza deve essere diverso da '100' (Italia), oppure • Cittadinanza = '100' • Comune_Residenza = '999+stato estero' LC 08.0 Codice fiscale 13.0 Cittadinanza
Controllo non esistente	LD6 Coerenza fra Codice Fiscale e anonimato Se Cognome = 'ANONIMO' e Nome = 'ANONIMO' <ul style="list-style-type: none"> • Codice Fiscale deve essere 'tutti 9' LC 08.0 Codice fiscale

7.14 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici (5.4)

Aggiornata la tabella Istituti Pubblici (par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici)

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 91 di 288
--	---	----------------

207 010085 00 1 OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLABIELLA	207 010032 00 1 OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLABIELLA
--	--

7.15 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati (5.5)

Inserito paragrafo e spostati di livello sottoparagrafi esistenti.

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Paragrafo non esistente	5.5 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati
5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati accreditati	5.5.1 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE
5.5 Tabella codici HSP11 delle Strutture Private accreditate di day surgery di tipo "C"	5.5.2 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI DAY SURGERY DI TIPO "C"

7.16 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati non accreditati (5.6)

Aggiornata la tabella Istituti Privati non accreditati (par. 5.6 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati non accreditati)

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
601 201 010601 00 5 CLNICA PINNA PINTOR TORINO	626 201 010601 00 5 CLNICA PINNA PINTOR TORINO

7.17 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS) (5.7)

Aggiornata la tabella Istituti di attività extra-ospedaliera (par. 5.7 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS))

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
201 010080 27 FONDAZIONE PRO JUVENTUTE D. GNOCCHI TORINO	201 010080 27 FONDAZIONE PRO JUVENTUTE D. GNOCCHI TORINO
201 570293 26 HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O. ONLUS TORINO	201 070587 26 HOSPICE PRESIDIO VALLETTA TORINO
204 070447 26 HOSPICE LANZO LANZO	201 570293 26 HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O.

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

Pag. 92 di 288

TORINESE				ONLUS TORINO			
204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS D'IVREA	203	570086	28	ASSOCIAZIONE SAN GIUSEPPE TORRE PELLICE
204	570023	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - VOLPIANO	203	060182	26	HOSPICE SAN LUIGI ORBASSANO
205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA	204	070447	26	HOSPICE LANZO LANZO
206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA	TORINESE			
207	570271	26	HOSPICE L'ORSA MAGGIORE S.R.L. BIELLA	204	070716	26	HOSPICE FOGLIZZO FOGLIZZO
207	570296	28	LA VIALARDA S.p.A. BIELLA	204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS D'IVREA
208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A. FARA	205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA
NOVARESE				206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA
209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA VERBANIA	206	671022	28	RESIDENZA VIGO POTENS MONCRIVELLO
210	070155	26	HOSPICE BUSCA	207	570271	26	HOSPICE L'ORSA MAGGIORE S.R.L. BIELLA
211	010151	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO ALBA	207	010029	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE GIOVANNI XXIII LESSONA
213	010211	27	CENTRO PAOLO VI ONLUS CASALNOCETO	207	010031	27	ISTITUTO DOMUS LAETITIAE SAGLIANO MICCA
213	070553	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO ALESSANDRIA	208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A. FARA
208	070545	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO IL PRESIDIO SAN ROCCO - GALLIATE	NOVARESE			
				208	070545	26	HOSPICE SAN ROCCO GALLIATE GALLIATE
				209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA VERBANIA
				209	070563	26	HOSPICE SAN ROCCO VERBANIA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 93 di 288
--	---	----------------

	<p>209 670525 28 EREMO DI MIAZZINA CAMBIASCA</p> <p>209 010200 27 ASS. CENTRI V.C.O. GRAVELLONA GRAVELLONA TOCE</p> <p>209 010201 27 ASS. CENTRI V.C.O. DOMODOSSOLA DOMODOSSOLA</p> <p>210 070155 26 HOSPICE BUSCA BUSCA</p> <p>210 060072 26 CENTRO ONCOLOGICO DIURNO BUSCA BUSCA</p> <p>211 010151 27 CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO ALBA</p> <p>213 010211 27 CENTRO PAOLO VI ONLUS CASALNOCETO</p> <p>213 070553 26 CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO ALESSANDRIA</p> <p>213 070598 26 HOSPICE MONS. ZACCHEO CASALE MONFERRATO</p>
--	---

7.18 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery (5.8)

Aggiornata la tabella Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery (par. 5.8 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery)

VERSIONE ATTUALE		VERSIONE AGGIORNATA	
010085-00	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA Biella	010032-00	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA Biella

7.19 Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive in istituti /reparti autorizzati (5.11)

Aggiornata tabella

VERSIONE ATTUALE		VERSIONE AGGIORNATA	
Codice intervento 86.06 impiantabile (codice 310)	Pompe di infusione totalmente Solo strutture identificate a seguito di	Codice intervento 86.06	Pompe di infusione totalmente

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 94 di 288
--	---	----------------

specifico provvedimento Tariffa aggiuntiva	impiantabile (codice 310)(*) 010904-00 010905-01 010906-00 010909-01 010922-00 Tariffa aggiuntiva	010026-01
Codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98 Neurostimolatore spinale (cod. 340) Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento Tariffa sostitutiva	Codice intervento 86.06 impiantabile (codice 310)(*) 010904-00 010905-01 010906-00 010909-01 010922-00 Tariffa aggiuntiva	Pompe di infusione totalmente 010026-01
	(*) la D.G.R. n.84-7674 del 21 maggio del 2014 stabilisce che tali importi saranno riconosciuti solo nei casi di interventi in <u>day hospital, day surgery</u> o ricoveri ordinari di 1 giorno.	

7.20 Tabella Codici malattie croniche/invalidanti e rare (5.12)

Sostituita la parola Extranet (in imminente dismissione) con Sistema Piemonte (PADDI) (nuovo sistema).

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Tabella pubblicata sul sito extranet	Tabella pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 95 di 288
--	---	----------------

8. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO STER-FAR/SIAD” OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

8.1 AGGIORNAMENTI ALLA VERSIONE V05

- Aggiornati riferimenti normativi;
- Corretto refuso citazione DGR di riferimento in tabella Flusso-Tipologia di progetto-Tipologia setting di cura per allineamento a medesima legenda campo 27.0;
- Regole generali di compilazione: aggiornata descrizione valori ammessi;
- Campi 02.0: sospesa applicazione controllo L55;
- Campi 02.0, 03.1, 03.2, 33.0: sospesa applicazione controllo L55; aggiunta segnalazione S09;
- Campi 04.0: aggiunti controllo N11, N12;
- Campi 09.0, 21.0, 28.0, 38.0, 81.0, 104.0, 106.0, 108.0, 113.0: aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni;
- Campi 12.0, 15.0: aggiunta segnalazione S08;
- Campo 16.0: aggiornati valori ammessi e tabelle di riferimento; aggiunto controllo L58;
- Campo 17.0: aggiunto controllo L58;
- Campi 19.0, 20.0, 47.0: aggiunto controllo L59;
- Campi 103.0: aggiunto controllo N11;
- Campo 104.0: aggiunto controllo N11; aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni;
- Campi 106.0, 108.0: aggiunti controllo L60, N11, N12; aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni;
- Campo 107.0: aggiunto controllo N12;
- Controllo L55: sospesa applicazione controllo;
- Controlli L58, L59, L60, N11, N12: nuovo inserimento;
- Segnalazioni S08, S09: nuovo inserimento.

8.2 Riferimenti normativi

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
[D3] – – Specifiche funzionali dei tracciati SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) versione 4.3 del novembre 2012; emesse dal Ministero della Salute;	[D3] – Specifiche funzionali dei tracciati SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) versione 5.0 del luglio 2014; 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;	[D5] – Specifiche funzionali dei tracciati FAR (Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) versione 4.0 del luglio 2014; emesse dal Ministero della Salute;

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 96 di 288
--	---	----------------

8.3 CONTESTO DI RIFERIMENTO

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

VERSIONE ATTUALE

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 tipologie di Progetto e, per ciascuna tipologia in setting Cura e intensità come da tabella che segue:

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 tipologie di Progetto e, per ciascuna tipologia in setting Cura e intensità come da tabella che segue:

Allegato 1c
Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n° 13-6981 del 30 dicembre 2013

Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia setting di Cura
SIAD	1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata
		2=Assistenza Domiciliare Programmata
		3=Servizio Infermieristico Domiciliare
		4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative
		5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
		6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
		7=Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)
		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 56-13192/2009) (*)
		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) (*)
2 = Semiresidenziale		1=Centri Diurni
		2=Centri Alzheimer
		1 = Progetti intensità bassa
		2 = Progetti intensità media
		3 = Progetti intensità media incrementata
		4 = Progetti intensità alta
		5 = Progetti intensità alta incrementata
		6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza
		7 = Progetti per <i>locked-in-syndrome</i>

Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia setting di Cura
SIAD	1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata
		2=Assistenza Domiciliare Programmata
		3=Servizio Infermieristico Domiciliare
		4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative
		5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
		6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
		7=Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)
		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) (*)
2 = Semiresidenziale		1=Centri Diurni
		2=Centri Alzheimer
		1 = Progetti intensità bassa
		2 = Progetti intensità media
		3 = Progetti intensità medio-alta
		4 = Progetti intensità alta
		5 = Progetti intensità alta incrementata
		6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza
		7 = Progetti per <i>locked-in-syndrome</i>
		8 = Progetti per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale
		9 = Progetti per sclerosi multipla
		10 = Progetti per Alzheimer e demenza senile

8.4 REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>Obbligatorietà dei campi</p> <p>Campi obbligatori Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio previsto nei tracciati deve necessariamente essere compilato con informazioni significative. La non compilazione dei campi obbligatori comporta lo scarto del record.</p> <p>Campi non obbligatori Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi (vale come esempio il campo "SOSPENSIONE").</p> <p>Campi condizionati Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 - provenienza Ospedale" o "3 - provenienza dimissione protetta").</p> <p>Tipo del campo e valori ammessi Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede. Il campo può essere di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALFABETICO (A) - ALFANUMERICO (AN) - NUMERICO (N) - DATA (D) <p>Modalità di movimentazione dei dati</p> <p>Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento:</p> <p>"T" per il primo invio "C" per cancellazione "S" per sostituzione il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato.</p> <p>Al di facilitare la rilevazione, un eventuale blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S" ma non ancora presente nella base dati regionale, verrà trattato pari ad un primo invio.</p>	<p>Obbligatorietà dei campi</p> <p>Campi obbligatori Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio previsto nei tracciati deve necessariamente essere compilato con informazioni significative. La non compilazione dei campi obbligatori comporta lo scarto del record.</p> <p>Campi non obbligatori Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi (vale come esempio il campo "SOSPENSIONE").</p> <p>Campi condizionati Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 - provenienza Ospedale" o "3 - provenienza dimissione protetta").</p> <p>Tipo del campo e valori ammessi Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede. Il campo può essere di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALFABETICO (A) - ALFANUMERICO (AN) - NUMERICO (N) - DATA (D) <p>Tipo DATA (D) nel formato GGMMAAAA: due cifre per il giorno, due per il mese, quattro per l'anno.</p> <p>Modalità di movimentazione dei dati</p> <p>Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento:</p> <p>"T" per il primo invio "C" per cancellazione "S" per sostituzione il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato.</p> <p>Al di facilitare la rilevazione, un blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S", ma non ancora presente nella base dati regionale, verrà trattato come un primo invio.</p>

8.5 SCHEDE ANALITICHE

8.5.1 Scheda 02.0: Tipo flusso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>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. 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>	<p>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. L55¹ - Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico.</p>
<p>Nota a piè di pagina</p>	<p>Nota a piè di pagina</p> <p>¹⁸ L'applicazione controllo transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 100 di 288
--	---	-----------------

8.5.2 *Scheda 03.1: Anno Cartella Territoriale*

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L03 - Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico. L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale. L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza. L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente. L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola. L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione L49 - Evento di prima valutazione già presente L51 - Evento valutazione con stessa data L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva L55 – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico N01 – Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata. N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N03 – Non elaborabile: evento senza anagrafica. N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata. N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L03 - Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico. L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale. L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale. L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza. L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente. L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola. L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione L49 - Evento di prima valutazione già presente L51 - Evento valutazione con stessa data L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva L55¹⁹ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico N01 – Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata. N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N03 – Non elaborabile: evento senza anagrafica. N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata. N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. S09 – Codice Ente gestore non verificabile.</p>
<p>Nota a piè di pagina</p>	<p>Nota a piè di pagina</p> <p>¹⁹ L'applicazione controllo transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.</p>

8.5.3 *Scheda 03.2: Progressivo Cartella Territoriale*

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. 101 di 288
--	---	-----------------

<p>L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza.</p> <p>L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente.</p> <p>L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola.</p> <p>L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione</p> <p>L49 - Evento di prima valutazione già presente</p> <p>L51 - Evento valutazione con stessa data</p> <p>L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva</p> <p>L55 – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata.</p> <p>N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato.</p> <p>N03 – Non elaborabile: evento senza anagrafica.</p> <p>N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata.</p> <p>N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata.</p> <p>N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati.</p> <p>N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p>	<p>L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza.</p> <p>L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente.</p> <p>L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola.</p> <p>L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione</p> <p>L49 - Evento di prima valutazione già presente</p> <p>L51 - Evento valutazione con stessa data</p> <p>L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva</p> <p>L55²⁰ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico</p> <p>N01 – Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata.</p> <p>N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato.</p> <p>N03 – Non elaborabile: evento senza anagrafica.</p> <p>N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata.</p> <p>N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata.</p> <p>N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati.</p> <p>N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p> <p>S09 – Codice Ente gestore non verificabile.</p>
Nota a piè di pagina	Nota a piè di pagina ²⁰ L'applicazione controllo transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

8.5.4 Scheda 04.0: Tipo movimento

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI L25 - Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione. L51 – Evento valutazione con stessa data. N01 - Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata.	CONTROLLI APPLICATI L25 - Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione. L51 – Evento valutazione con stessa data. N01 - Non elaborabile: chiave Cartella Territoriale non trovata.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 102 di 288
--	---	-----------------

<p>N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata. N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p> <p>Per il tracciato ANAG: La cancellazione di un record del tracciato ANAG comporta la cancellazione di tutti i record eventi con stessa chiave di collegamento.</p>	<p>N02 – Non elaborabile: Codice Cartella Territoriale duplicato. N04 – Non elaborabile: chiave logica duplicata. N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N06 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Codice Cartella Territoriale e campi vincolati associati. N07 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi cartella vincolati. N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati. N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa. N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.</p> <p>Per il tracciato ANAG: La cancellazione di un record del tracciato ANAG comporta la cancellazione di tutti i record eventi con stessa chiave di collegamento.</p>
--	--

8.5.5 Scheda 09.0: Data di nascita

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>La compilazione del campo è obbligatoria se non sono presenti l'Id-AURA.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.</p> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>

8.5.6 Scheda 12.0: Cittadinanza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 103 di 288
--	---	-----------------

istituzione TEAM”.	istituzione TEAM”. S08 – Mancata compilazione del “Codice istituzione TEAM” per cittadini UE, SEE o svizzeri.
--------------------	--

8.5.7 Scheda 15.0: Codice Istituzione TEAM

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”.	S06 – Congruenza tra “Cittadinanza” e “Codice istituzione TEAM”. S08 – Mancata compilazione del “Codice istituzione TEAM” per cittadini UE, SEE o svizzeri.

8.5.8 Scheda 16.0: Regione di Residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3	LUNGHEZZA: 3
FORMATO: AN	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	VALORI AMMESSI: Codice ISTAT Regione oppure “999”
TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici regioni italiane oppure ‘999’	TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici ISTAT regioni italiane

8.5.9 Scheda 17.0: Provincia e Comune di Residenza

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L10 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza.	L10 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza.
L11 – Congruenza fra Comune / Provincia di residenza ed ASL di residenza.	L11 – Congruenza fra Comune / Provincia di residenza ed ASL di residenza.
	L58 – Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza per non residenti.

8.5.10 Scheda 19.0: Nucleo familiare

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
	L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 104 di 288
--	---	-----------------

8.5.11 Scheda 20.0: Assistente non familiare

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.

8.5.12 Scheda 21.0: Data accettazione richiesta

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: GGMMAAAA TABELLE DI RIFERIMENTO:	CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999 TABELLE DI RIFERIMENTO:
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Assistenza domiciliare: - è la data che conclude il processo di accoglienza (e di valutazione positiva o negativa). In caso di dimissione protetta da Ospedale, la data di accettazione della richiesta coincide con la data di dimissione del Soggetto dalla Struttura Ospedaliera. Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea: - è la data di presentazione della richiesta all'UV dell'ASL di residenza. La data di accettazione determina il “tempo zero” per la misurazione del tempo di attesa.	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI Assistenza domiciliare: - è la data che conclude il processo di accoglienza (e di valutazione positiva o negativa). In caso di dimissione protetta da Ospedale, la data di accettazione della richiesta coincide con la data di dimissione del Soggetto dalla Struttura Ospedaliera. Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea: - è la data di presentazione della richiesta all'UV dell'ASL di residenza. La data di accettazione determina il “tempo zero” per la misurazione del tempo di attesa. Data nel formato GGMMAAAA.

8.5.13 Scheda 28.0: Data di Presa in Carico

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: GGMMAAAA	CORRETTEZZA FORMALE LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 105 di 288
--	---	-----------------

TABELLE DI RIFERIMENTO:	TABELLE DI RIFERIMENTO:
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per l'assistenza domiciliare, è la data di apertura della Cartella Domiciliare. Per l'assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea, è la data di inserimento del Soggetto nella Struttura (data di ammissione). 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 base al Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43, è la data da utilizzare nell'indicatore dei tempi di attesa.</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data di presa in carico non è consentita. Per effettuare una variazione della data di presa in carico associata ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa Cartella e di ogni evento ad essa collegato.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Per l'assistenza domiciliare, è la data di apertura della Cartella Domiciliare. Per l'assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea, è la data di inserimento del Soggetto nella Struttura (data di ammissione). 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 base al Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43, è la data da utilizzare nell'indicatore dei tempi di attesa.</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data di presa in carico non è consentita. Per effettuare una variazione della data di presa in carico associata ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa Cartella e di ogni evento ad essa collegato.</p> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>

8.5.14 Scheda 33.0: Codice Comune/Ente Gestore

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L55 – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico.	L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura. L55 ²¹ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico. S09 – Codice Ente gestore non verificabile.
Nota a piè di pagina	Nota a piè di pagina
	²¹ L'applicazione controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

8.5.15 Scheda 38.0: Data di valutazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8	LUNGHEZZA: 8

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 106 di 288
--	---	-----------------

<p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>	<p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>

8.5.16 Scheda 47.0: Supporto sociale

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>	<p>CONTROLLI APPLICATI</p> <p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p> <p>L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.</p>

8.5.17 Scheda 81.0: Data accesso

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data accesso non è consentita. Per effettuare una variazione della data di accesso associata ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data accesso non è consentita. Per effettuare una variazione della data di accesso associata ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 107 di 288
--	---	-----------------

relativo evento.	relativo evento. Data nel formato GGMMAAAA.
------------------	--

8.5.18 Scheda 103.0: Codice identificativo evento sospensione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.	N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata. N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati. N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

8.5.19 Scheda 104.0: Data inizio sospensione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: GGMMAAAA TABELLE DI RIFERIMENTO:	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999 TABELLE DI RIFERIMENTO:
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L27 – Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione. L33 – Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione. L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione e periodo di assistenza. L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione. L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.	L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L27 – Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione. L33 – Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione. L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione e periodo di assistenza. L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione. L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione. N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati. N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati. N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 108 di 288
--	---	-----------------

<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p>	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.</p> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>
---	---

8.5.20 Scheda 106.0: Data fine sospensione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
CORRETTEZZA FORMALE	CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8	LUNGHEZZA: 8
FORMATO: D	FORMATO: D
VALORI AMMESSI: GGMMAAAA	VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999
TABELLE DI RIFERIMENTO:	TABELLE DI RIFERIMENTO:
CONTROLLI APPLICATI	CONTROLLI APPLICATI
L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione. L33 - Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione. L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza. L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione. L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione.	L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione. L33 - Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione. L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza. L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione. L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione. L60 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine sospensione. N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa. N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
	Data nel formato GGMMAAAA.

8.5.21 Scheda 107.0: Codice identificativo evento conclusione

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. 109 di 288
--	---	-----------------

<p>N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata.</p> <p>N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p> <p>N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p>	<p>N05 – Non elaborabile: evento con chiave logica duplicata.</p> <p>N08 – Non elaborabile: Codice identificativo evento duplicato.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p> <p>N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p> <p>N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.</p>
--	--

8.5.22 Scheda 108.0: Data conclusione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
<p>L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.</p> <p>L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.</p> <p>L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.</p> <p>L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.</p> <p>L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.</p> <p>L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.</p> <p>L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.</p> <p>L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p> <p>N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p>	<p>L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.</p> <p>L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.</p> <p>L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.</p> <p>L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.</p> <p>L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.</p> <p>L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.</p> <p>L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.</p> <p>L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.</p> <p>L60 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine sospensione.</p> <p>N09 – Non elaborabile: preesistente abbinamento Identificativo evento e campi vincolati associati.</p> <p>N10 – Non elaborabile: tentata sostituzione campi evento vincolati.</p> <p>N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.</p> <p>N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

<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>	<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> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>
---	---

8.5.23 Scheda 113.0: Data inizio erogazione

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>	<p>CORRETTEZZA FORMALE</p> <p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L’operazione di sostituzione della Data inizio erogazione contribuito non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio erogazione contribuito associata ad un evento prestazione di lungoassistenza, è necessario procedere alla cancellazione e all’inserimento ex novo del relativo evento.</p>	<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p> <p>CAMPO CHIAVE</p> <p>L’operazione di sostituzione della Data inizio erogazione contribuito non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio erogazione contribuito associata ad un evento prestazione di lungoassistenza, è necessario procedere alla cancellazione e all’inserimento ex novo del relativo evento.</p> <p>Data nel formato GGMMAAAA.</p>

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 111 di 288
--	---	-----------------

8.6 Tabella dei controlli logici-normativi

8.6.1 Controllo L55

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
Congruenza tra Ente Gestore e Data di Presa in Carico: <ul style="list-style-type: none"> se compilato, il codice Ente gestore (33.0) deve essere valido alla data di presa in carico (03.1+03.2). 	Congruenza tra Ente Gestore e Data di Presa in Carico: <ul style="list-style-type: none"> se compilato, il codice Ente gestore (33.0) deve essere valido alla data di presa in carico (03.1+03.2).
Nota a piè di pagina	Nota a piè di pagina ²³ L'applicazione controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

8.6.2 Controllo L58

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza per non residenti: <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Regione di residenza" (16.0) è valorizzato con "999", allora il campo "Comune di residenza" (17.0) può essere valorizzato solo con codici che inizino per "999" oppure per "STP".

8.6.3 Controllo L59

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare: <ul style="list-style-type: none"> se "Tipo flusso" (02.0) = "DO", se "Supporto sociale" (47.0) è pari a "3" (supporto sociale non presente), allora "Nucleo familiare" (19.0) deve essere valorizzato a "0" e "Assistente non familiare" (20.0) dev'essere valorizzato a "2" (non presente).

8.6.4 Controllo L60

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Congruenza tra Data Conclusione e Data fine sospensione <ul style="list-style-type: none"> La Data conclusione assistenza (108.0) deve essere maggiore o uguale all'ultima Data fine sospensione (106.0) in ordine di tempo.

8.6.5 Controllo N11

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 112 di 288
--	---	-----------------

<i>n.a.</i>	Record non elaborato per cancellazione Data fine sospensione non consentita: <ul style="list-style-type: none"> • Evento sospensione: se "Tipo movimento" (04.0) = "S", la sostituzione dell'evento sospensione non è consentita per le cartelle già concluse (108.0), qualora la nuova "Data fine sospensione" (106.0) non risulti compilata.
-------------	---

8.6.6 Controllo N12

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Record non elaborato per inserimento evento conclusione non consentito: <ul style="list-style-type: none"> • Evento conclusione: se "Tipo movimento" (04.0) = "I", l'inserimento dell'evento conclusione non è consentito per le cartelle che presentano sospensioni prive della "Data fine sospensione" (106.0).

8.6.7 Segnalazione S08

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Mancata compilazione del "Codice istituzione TEAM" per cittadini UE, SEE o svizzeri: <ul style="list-style-type: none"> • Vengono segnalate le cartelle per le quali non sia stato compilato il campo "Codice istituzione TEAM" (15.0) nonostante il codice inserito nel campo "Cittadinanza" (12.0) includa il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero membro dell'Unione Europea, dello SEE o della Svizzera.

8.6.8 Segnalazione S09

VERSIONE ATTUALE	VERSIONE AGGIORNATA
<i>n.a.</i>	Codice Ente gestore non verificabile: <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record per i quali il codice Ente gestore (33.0), se compilato, non risulta valido alla data di presa in carico (03.1+03.2).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 113 di 288
--	---	-----------------

9. SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITÀ TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

9.1 CRONOLOGIA VARIAZIONI

DATA	VARIAZIONE
11/05/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Inserito nuovo tracciato CECPT (Contributi Economici al Paziente); - Inseriti nuovi campi 62.0, 63.0, 64.0, 65.0, 66.0, 67.0, 68.0, 69.0, 70.0, 71.0, 72.0, 73.0, 74.0; - Controllo L25, L26, L27, L28, L29, L30, N11, N12, N13, N14, N15, S09: nuovo inserimento. - Controllo L33: nuovo inserimento; - Inserito paragrafo “Periodo di competenza per assistenza residenziale”; - Controllo L02 : modificato; - Campo 56.0 (Data ammissione) eliminato controllo L02; - Controllo L34: nuovo inserimento; - Controllo L35: nuovo inserimento; - Controllo L36: nuovo inserimento; - Controllo L37: nuovo inserimento; - Controllo L38: nuovo inserimento;
24/11/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Inserito nuovo campo 75.0 per ANAGRS CONTRS PRESTR PRESTS; - Controllo L31: nuovo inserimento; - Controllo L32: nuovo inserimento; - Aggiornato paragrafo Generalità; - Aggiornato paragrafo Contesto di riferimento; - Campo 32.0 (Diagnosi di chiusura) aggiornate descrizione valori ammessi; - Controllo L06: aggiornato controllo; - Controllo N02: aggiornato controllo; - Controllo N03: aggiornato controllo; - Controllo N06: aggiornato controllo; - Controllo N07: aggiornato controllo; - Controllo N08: aggiornato controllo; - Controllo N10: aggiornato controllo; - Controllo S07: aggiornato controllo; - Controllo S08: aggiornato controllo; - Campo 12.0, 13.0, 14.0, 15.0, 17.0, 18.0, 19.0, 20.0, 21.0, 22.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;
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; - 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”

	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
17/06/2013	Versione iniziale del documento

9.2 PRESENTAZIONE DEL DISCIPLINARE

9.2.1 Obiettivi

Il presente disciplinare costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione dei flussi informativi regionali per il monitoraggio delle attività di Salute Mentale in ambito residenziale e semi-residenziale (flusso SMRS-RP) e territoriale (flusso SMT-RP) erogate dalle strutture sanitarie della Regione Piemonte, in coerenza con :

- DPR del 10 Novembre 1999 “Approvazione del progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000”,
- il Modello per la Rilevazione di Strutture, Personale, Attività e Prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale” approvato dalla Conferenza stato Regioni del 11 ottobre 2001, che individua le caratteristiche principali del Sistema Informativo per la Salute Mentale, sia da un punto di vista funzionale che tecnico,
- il DM 15 Ottobre 2010, emesso dal Ministro della Salute a seguito del parere favorevole espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 8 luglio 2010, che disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Il SISM è stato realizzato per monitorare gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie, resta esclusa pertanto la Neuropsichiatria infantile. In particolare, il sistema ha le seguenti finalità:

- monitoraggio dell’attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell’utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

Il disciplinare riporta i tracciati previsti da ciascun flusso, le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi, i controlli formali ed i controlli logici applicati a livello regionale sui dati trasmessi dalle Aziende Regionali coinvolte.

9.3 GENERALITÀ

9.3.1 Acronimi, sigle ed abbreviazioni

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

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 117 di 288
--	---	-----------------

9.4 RIFERIMENTI NORMATIVI

9.4.1 *Normativa di carattere nazionale*

[D1] – **Decreto Ministeriale MdS 15 ottobre 2010** “Istituzione del sistema informativo per la salute mentale”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 254 del 29 ottobre 2010.

[D2] – **Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994 – 1996”** – Istituzione del Dipartimento di Salute Mentale e definizione delle strutture costitutive del DSM: Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, strutture semiresidenziali (Day Hospital e Centro Diurno) e strutture residenziali.

[D3] – **Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998 – 2000”** – Individuazione del DSM quale organo di coordinamento dei servizi psichiatrici, individuazione delle componenti organizzative del DSM e definizione delle relative funzioni.

[D4] – **Accordo Conferenza Stato Regioni dell’11 ottobre 2001** “Il Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale”, documento programmatico relativo alla costituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale.

[D5] – **Specifiche funzionali del Sistema Informativo nazionale Salute Mentale**, Versione 1.8 del 2 agosto 2012, emesse dal Ministero della Salute.

9.4.2 *Normativa regionale*

[R1] – **D.G.R. Regione Piemonte n. 357 del 28 gennaio 1997** “Standard strutturali ed organizzativi del DSM e dei servizi psichiatrici territoriali”.

[R2] – **D.G.R. Regione Piemonte n. 83-25268 del 05 agosto 1998** “Criteri e procedure per l’autorizzazione e la vigilanza (D.G.R. n. 124 –18354 del 14/4/1997 composizione Commissione Vigilanza; D.G.R. n. 32-8191 del 11/2/2008 disposizioni sulla vigilanza in seguito all’accorpamento delle AA.SS.LL.)”

[R3] – **D.G.R. Regione Piemonte n. 32-29522 del 1 marzo 2000** “Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie”.

[R4] – **D.G.R. Regione Piemonte n. 63-12253 del 28 settembre 2009** “Requisiti e procedure per l’accredimento istituzionale delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche”.

[R5] – **D.G.R. Regione Piemonte n. 167-14087 del 3 aprile 2012** “Approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015”.

[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”.

La delibera [R5] stabilisce la previsione di modalità di autorizzazione, vigilanza e obbligatorio accreditamento per colmare il vuoto legislativo inerente ai Gruppi Appartamento.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 118 di 288
--	---	-----------------

9.5 CONTESTO DI RIFERIMENTO

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.

Attività: informazioni relative a servizi erogati per la tutela della salute mentale.

Sono suddivise in:

- Attività Territoriale
- Attività Residenziale
- Attività Semiresidenziale

9.5.1 L'articolazione della Struttura di erogazione

Relativamente al trattamento delle informazioni di identificazione della struttura di erogazione, in aderenza al DM [D1], il presente disciplinare potrà essere soggetto a revisioni in seguito all'approvazione del decreto attuativo relativo al Mattone 1 "Monitoraggio della rete di assistenza" (MRA).

Come riportato in [D5] paragrafo "2.2 Informazioni Funzionali relative ai Tracciati", nel sottogruppo di informazioni relative alle strutture, si specifica che il flusso:

"... identifica i dati anagrafici delle strutture eroganti servizi per la tutela della salute mentale riferiti all'anno precedente rispetto a quello di invio.

La raccolta delle informazioni riguardanti il flusso informativo in oggetto, deve essere compatibile con la rilevazione ordinaria delle strutture, effettuata dal Ministero.

Per quanto concerne i dati relativi a:

- strutture del Dipartimento di Salute Mentale ("DSM");
- cliniche psichiatriche universitarie;
- strutture private a direzione tecnica del DSM;
- strutture appartenenti al privato e al privato sociale convenzionate, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM;

Le informazioni alimentanti il sistema sono ricavate dai flussi relativi alle attività gestionali delle Aziende Sanitarie, secondo quanto disposto dal decreto del Ministero della salute del 5 dicembre 2006 recante "modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie". In sede di prima applicazione, le informazioni di anagrafica dei Dipartimenti di Salute Mentale, di cui all'art. 3 del presente Decreto, sono raccolte, nel contesto della rilevazione "Conto Annuale", attraverso un processo di condivisione che vede partecipare i soggetti interessati (Aziende ASL e/o Aziende Ospedaliere o quant'altro, secondo le forme organizzative regionali) sotto il coordinamento della Regione, che è responsabile della comunicazione delle informazioni al Ministero. I dati rilevati, riferiti all'anno precedente – in coerenza con l'ambito della rilevazione del Conto Annuale, devono essere comunicati al Ministero entro l'avvio della Rilevazione del Conto Annuale, secondo i termini di volta in volta stabiliti con l'apposita circolare del Ministero."

In Regione Piemonte l'articolazione organizzativa della struttura di erogazione viene definita dalle Aziende Sanitarie in coerenza all'Atto Aziendale nell'applicativo regionale Anagrafe Strutture. L'organizzazione territoriale sul versante della Salute Mentale, garantita dal Dipartimento di Salute Mentale di ogni ASR è composta come di seguito riportato:

- **SERVIZI AMBULATORIALI E DOMICILIARI:** Centri di Salute Mentale (C.S.M.);
- **ASSISTENZA OSPEDALIERA:** Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura (S.P.D.C.) riservato agli pazienti in fase acuta la cui attività è già rilevata tramite il flusso Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO); nella fase post acuzie il paziente può essere inviato in strutture ospedaliere o in strutture residenziali extraospedaliere;
- **ASSISTENZA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE:** Comunità Protette tipo A e B (C.P.A.– C.P.B.)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 119 di 288
--	--	-----------------

Centri di terapie psichiatriche (C.T.P.) Comunità Alloggio (C. A.); Gruppi appartamento (G.A.) per pazienti psichiatrici, Centri Diurni (CD) e Day Hospital (DH);

Per l'Assistenza residenziale e semiresidenziale le codifiche utilizzate per l'identificazione delle strutture sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice ASL Ospitante** (nel caso in cui l'assistito sia stato ricoverato presso una diversa ASL rispetto a quella da cui è stato preso in carico)
- **Codice del Titolare della Struttura** (STS11) che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

Per l'Assistenza territoriale le codifiche utilizzate per l'identificazione delle strutture sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice del Titolare della Struttura** (STS11) che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 120 di 288
--	---	-----------------

9.6 REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

9.6.1 Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori (OBB)

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio previsto nei tracciati deve necessariamente essere compilato con informazioni significative. La non compilazione dei campi obbligatori comporta lo scarto del set di dati.

Campi non obbligatori (NBB)

Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi.

Campi condizionati (CON)

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato.

Tipo del campo e valori ammessi

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede. Il campo può essere di tipo:

ALFABETICO (A)

ALFANUMERICO (AN)

NUMERICO (N)

DATA (D)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 121 di 288
--	--	-----------------

9.7

9.7.1 *Modalità di movimentazione dei dati*

Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento:

- “T” 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.

Per quanto riguarda i tracciati residenziali e semiresidenziali sarà necessario indicare il Codice ASL ospitante anche nel caso di modifiche e/o cancellazioni di periodi antecedenti al II semestre 2014.

9.7.2 *Sistema dei controlli*

Il sistema dei controlli prevede due livelli: livello formale e livello logico e normativo.

9.7.2.1 Controlli di tipo formale effettuati tramite grammatiche XSD

I controlli di tipo formale devono essere svolti dall’Azienda inviante attraverso il meccanismo di “regole grammaticali” proprio della struttura dei tracciati XML e XSD che consentono, prima della trasmissione dei dati, il controllo di: dato presente se il campo è definito “Obbligatorio” (l’omessa valorizzazione di campi obbligatori comporta lo scarto del set di dati);

dato del formato previsto per ogni campo;

valore del campo compreso nell’intervallo di validità previsto;

valore corretto, se il campo è associato ad una lista valori.

Come per tutti i flussi basati su tracciati XML, nel caso di errori rilevati tramite le grammatiche XSD, anche di un singolo sottogruppo di dati il sistema scarnerà l’intera fornitura. Tale metodologia è universalmente adottata, ivi compreso dal Ministero della Salute ([D5] paragrafi 2.3.1, 2.13, ...)

9.7.2.2 Controlli di tipo formale

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, consentono di controllare:

- 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.

9.7.2.3 Controlli logici e normativi

I controlli di livello logico e normativo, analogamente a tutti gli altri flussi di monitoraggio regionale, sono svolti a livello centrale.

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 122 di 288
--	---	-----------------

viene trattato come errato.

Il ciclo dei controlli prevede:

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.

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:

- 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.

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.

9.7.3 *Calendario degli invii*

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].

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

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 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]:

- 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.

I dati devono pertanto essere forniti dalle Aziende al Sistema di Monitoraggio regionale, con un congruo anticipo, al fine di poter rispettare la successiva scadenza verso il Ministero, entro le scadenze stabilite con la D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 [R6].

9.7.4 *Periodo di competenza per Assistenza Territoriale e Semiresidenziale*

Il periodo di competenza è determinato dalla combinazione dei campi **"Anno di riferimento" (01.0)** e **"Periodo di riferimento" (03.0)**.

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.

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 123 di 288
--	--	-----------------

degli stessi. In tal caso **“Anno di riferimento”** e **“Periodo di riferimento”** di anagrafica e contatto dovranno essere **valorizzati con i medesimi valori della prestazione.**

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.

9.7.5 *Periodo di competenza per Assistenza Residenziale*

Il periodo di competenza è determinato dalla combinazione dei campi **“Anno di riferimento” (01.0)** e **“Periodo di riferimento” (03.0).**

Per l’attività residenziale qualora un assistito rimanga nella struttura per un periodo superiore all’anno o a cavallo di più anni, l’azienda dovrà inviare al flusso SISM il set di informazioni relativo al paziente almeno con riferimento al I semestre di ogni anno di permanenza.

Esempio: per un paziente inserito in una struttura in data 2/2/2014 e tuttora ricoverato, il dato deve essere inviato per la prima volta come I semestre 2014 e per segnalare la permanenza nella struttura per tutto l’anno 2014 non è necessario che l’azienda invii i dati nel II semestre, ma, se lo stesso paziente continua ad essere ricoverato nella medesima struttura negli anni successivi dovrà essere inviato al flusso SISM il set di informazioni relativo al paziente almeno con riferimento al I semestre di ogni anno successivo, quindi sia la parte anagrafica che quella di contatto e la prestazione. Ad es., se il paziente viene ricoverato in una struttura residenziale in data **1 dicembre 2013**, ci sarà un primo invio con il campo “Anno di riferimento” valorizzato con **“2013”** e “Periodo di riferimento” con **“S2”**, ma se il paziente resta ricoverato anche nell’anno successivo i dati relativi all’anagrafica, al contatto e alla prestazione dovranno essere inviati valorizzando il campo “Anno di riferimento” con **“2014”** e il campo “Periodo di riferimento” con **“S1”** e così per tutti gli anni successivi fino alla data di dimissione.

9.7.6 *Monitoraggio degli invii*

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).

Rientrano tra i criteri di monitoraggio per la valutazione dell’adempienza regionale:

- 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.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 124 di 288
--	--	-----------------

9.8 ALLEGATI

9.8.1 Tracciati record

9.8.1.1 Premessa

Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Territorio (SMT-RP) è costituito da tre tracciati:

4. **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGT):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
5. **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTT):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
6. **Tracciato “Dati di Prestazione” (PRESTT):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie in ambito territoriale ricevute dall’utente oggetto della rilevazione.

Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP) è costituito da quattro tracciati:

7. **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGRS):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
8. **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTRS):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
9. **Tracciato “Dati di Prestazioni Residenziali” (PRESTR):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito residenziale dall’utente oggetto della rilevazione.
10. **Tracciato “Dati di Prestazioni SemiResidenziali” (PRESTS):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito semiresidenziale dall’utente oggetto della rilevazione.
11. Vi è inoltre un VIII tracciato, richiesto dalla Regione con lo scopo di monitorare i contributi erogati ai pazienti in carico alle ASL, chiamato **Tracciato “Dati dei Contributi Economici al Paziente” (CECPT).**

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.

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.

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.

L’accettazione del tracciato “Dati di Prestazioni” è subordinata alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati di Contatto” collegato.

9.8.1.2 Codifica Identificativo dell’assistito

In tutte le tipologie di tracciato, “Dati Anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazione” occorre identificare in maniera univoca l’assistito:

- 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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 125 di 288
--	---	-----------------

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 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.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 126 di 288
--	--	-----------------

9.8.1.3 Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle riportate di seguito che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda

il primo gruppo di 2 cifre – seguite da un punto – indica il numero progressivo del campo, da 01 a xx. La prima cifra dopo il punto indica l'esistenza di eventuali "sottocampi" (es: anno di nascita e sesso dell'Assistito).

Nome campo

Termine che identifica il campo.

Tipo

definisce il campo quale *alfanumerico, alfabetico, numerico o data..*

Lunghezza (Lun.)

numero dei caratteri del campo.

Descrizione

riportano una breve osservazione volta a caratterizzare il campo; note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda esplicativa.

Obbligatorietà

specifica per ogni campo se la sua compilazione è:

obbligatoria (OBB): il campo deve essere sempre compilato. Il valore corretto deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";

facoltativo (NBB): il campo è facoltativo per il tracciato in oggetto;

condizionato (CON): il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate. Il valore corretto deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

NSIS/RP

la colonna NSIS indica se il dato richiesto è previsto nel tracciato NSIS (indicato con NS) o è solo per il livello regionale (indicato con RP).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 127 di 288
--	---	-----------------

9.8.2 Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP)

9.8.2.1 Tracciato ANAGT "Dati Anagrafici"

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice ANAGT.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
08.0	Titolo di Studio	N	1	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	NBB	NS
09.0	Codice Professionale	AN	2	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NBB	NS
10.0	Collocazione Socio Ambientale	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione	NBB	NS
11.0	Stato civile	N	1	Stato civile dell'assistito	NBB	NS
Dati integrativi assistito^{0F1}						
12.0	Regione di Residenza	AN	3	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	CON	NS
13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di residenza dell'assistito	CON	RP
14.0	Codice ASL di residenza	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	CON	NS

¹ Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 128 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
15.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
17.0	Cognome	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	Nome	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	Sesso	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	Cittadinanza	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
07.0	Identificativo AURA1F²
15.0	Codice fiscale2F³
16.0	Identificativo Assistito3F⁴

² Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

³ Alternativo all'Identificativo AURA

⁴ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 129 di 288
--	--	-----------------

9.8.2.2 Tracciato CONTT “Dati di Contatto”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **CONTT**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l’anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell’ambito dell’ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell’assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell’assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell’ambito del DSM.	<i>CON</i>	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	<i>OBB</i>	NS
26.0	Data Apertura Scheda Paziente	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	<i>OBB</i>	NS
27.0	Diagnosi Apertura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l’episodio di cura.	<i>OBB</i>	NS
28.0	Presenza Piano Terapeutico	N	1	Indica la presenza di un Piano terapeutico	<i>NBB</i>	RP
29.0	Precedenti Contatti	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
30.0	Inviante per primo Contatto	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	<i>OBB</i>	NS
31.0	Data Chiusura Scheda	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del	<i>CON</i>	NS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 130 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
	Paziente			paziente per la conclusione dell'episodio di cura.		
32.0	Diagnosi Chiusura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.	CON	NS
33.0	Modalità Conclusione	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	CON	NS
CONTRIBUTI ECONOMICI AL PAZIENTE (Sezione ripetibile)						
34.0	Data inizio contributo	D	8	Data inizio contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
35.0	Motivo erogazione contributo	N	1	Motivo erogazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
36.0	Data cessazione contributo	D	8	Data cessazione contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
37.0	Motivo cessazione contributo	N	1	Motivo cessazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA4F⁵
16.0	Identificativo Assistito5F⁶
25.0	Identificativo Contatto

⁵ Alternativo all'Identificativo Assistito

⁶ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 131 di 288
--	--	-----------------

9.8.2.3 Tracciato PRESTT “Dati di Prestazione”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **PRESTT**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
38.0	Progressivo Prestazioni Contatto	N	5	Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.	OBB	NS
39.0	Data Intervento	D	8	Indica la data in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
40.0	Tipo Intervento	AN	2	Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.	OBB	NS
41.0	Modalità di Erogazione dell'intervento	N	1	Indica se l'intervento è programmato o meno.	OBB	NS
42.0	Sede Intervento	N	1	Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.	OBB	NS
43.0	Operatore 1	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	OBB	NS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 132 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
44.0	Operatore 2	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
45.0	Operatore 3	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
46.0	Durata della prestazione	N	2	Durata della prestazione erogata dal gruppo di operatori intervenuti.	<i>NBB</i>	RP
47.0	Proposta di TSO	N	1	Indica la presenza di una proposta di TSO.	<i>NBB</i>	RP
Dati Ricetta						
48.0	Prestazione erogata con ricetta	N	1	Indica sulla base di quale tipo di ricetta sia stata erogata la prestazione.	<i>NBB</i>	RP
49.0	Numero ricetta	N	15	Numero di ricetta in base alla quale sia stata erogata la prestazione. Boh, io	<i>CON</i>	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA6F⁷
16.0	Identificativo Assistito7F⁸
25.0	Identificativo Contatto
38.0	Progressivo Prestazioni Contatto
39.0	Data Intervento

⁷ Alternativo all'Identificativo Assistito

⁸ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 133 di 288
--	---	-----------------

Flusso salute mentale Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP)

9.8.2.4 Tracciato ANAGRS “Dati Anagrafici”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **ANAGRS**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura.	<i>OBB</i>	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio.	<i>OBB</i>	RP
75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	<i>OBB</i>	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	<i>OBB</i>	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	NS
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
08.0	Titolo di Studio	N	1	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
09.0	Codice Professionale	AN	2	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
10.0	Collocazione Socio Ambientale	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
11.0	Stato civile	N	1	Stato civile dell'assistito	<i>NBB</i>	NS
Dati integrativi assistito^{8F}						
12.0	Regione di Residenza	AN	3	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	<i>CON</i>	NS
13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di residenza dell'assistito	<i>CON</i>	RP
14.0	Codice ASL di residenza	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	<i>CON</i>	NS

⁹ Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 134 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
15.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	NS
17.0	Cognome	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	Nome	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	Sesso	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	Cittadinanza	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria
75.0	Codice Azienda Sanitaria Ospitante
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
07.0	Identificativo AURA^{9F10}
15.0	Codice fiscale^{10F11}
16.0	Identificativo Assistito^{11F12}

¹⁰ Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

¹¹ Alternativo a Identificativo AURA

¹² Alternativo a Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 135 di 288
--	---	-----------------

9.8.3

9.8.3.1 Tracciato CONTRS “Dati di Contatto”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **CONTRS**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	RP
75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	<i>OBB</i>	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	<i>CON</i>	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	<i>OBB</i>	NS
26.0	Data Apertura Scheda Paziente	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	<i>OBB</i>	NS
27.0	Diagnosi Apertura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	<i>OBB</i>	NS
29.0	Precedenti Contatti	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
30.0	Inviante per primo Contatto	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto	<i>OBB</i>	NS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 136 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
				con il DSM o la struttura privata accreditata.		
31.0	Data Chiusura Scheda Paziente	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
32.0	Diagnosi Chiusura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
33.0	Modalità Conclusione	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
Tariffa giornaliera di acquisto prestazione (evento ripetibile nel tempo)						
50.0	Data inizio validità tariffa	D	8	Data inizio validità della ripartizione in quote indicata	NBB	RP
51.0	Quota sanitaria	AN	7	Quota giornaliera a carico del DSM	NBB	RP
52.0	Quota sociale	AN	7	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali	NBB	RP
53.0	Quota assistito	AN	7	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito	NBB	RP
54.0	Altre quote	AN	7	Altre quote a carico dell'ASL	NBB	RP
55.0	Data fine validità tariffa	D	8	Data fine validità della ripartizione in quote indicata	NBB	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
75.0	Codice Azienda Sanitaria Ospitante
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA12F¹³
16.0	Identificativo Assistito13F¹⁴
25.0	Identificativo Contatto

¹³ Alternativo all'Identificativo Assistito

¹⁴ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 137 di 288
--	--	-----------------

9.8.3.2 Tracciato PRESTR “Dati di Prestazione Residenziale”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **PRESTR**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	RP
75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave, in unione ai campi Codice ASL, codice DSM, Codice Sanitario Individuale. Appartenenza alla regione ed all'ASL di riferimento.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
56.0	Data Ammissione	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.	OBB	NS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 138 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
57.0	Tipo Struttura Residenziale	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	<i>OBB</i>	NS
58.0	Data Dimissione	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.	<i>NBB</i>	NS
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
75.0	Codice Azienda Sanitaria Ospitante
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA¹⁵
16.0	Identificativo Assistito^{15F}¹⁶
25.0	Identificativo Contatto
56.0	Data Ammissione

¹⁵ Alternativo all'Identificativo Assistito

¹⁶ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 139 di 288
--	---	-----------------

9.8.4

9.8.4.1 Tracciato PRESTS “Dati di Prestazione SemiResidenziale”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **PRESTS**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	RP
75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave, in unione ai campi Codice ASL, codice DSM, Codice Sanitario Individuale. Appartenenza alla regione ed all'ASL di riferimento.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
39.0	Data Intervento	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui si verifica la presenza SemiResidenziale.	OBB	NS
59.0	Tipo Struttura SemiResidenziale	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato	OBB	NS

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 140 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
				l'intervento.		
60.0	Modalità di Presenza	AN	1	Indica il tipo di presenza semiresidenziale.	<i>OBB</i>	NS
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
75.0	Codice Azienda Sanitaria Ospitante
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA16F¹⁷
16.0	Identificativo Assistito17F¹⁸
25.0	Identificativo Contatto
39.0	Data Intervento

¹⁷ Alternativo all'Identificativo Assistito

¹⁸ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 141 di 288
--	---	-----------------

9.8.4.2 Tracciato CECPT “Dati dei Contributi Economici al Paziente”

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice CECPT.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	RP
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	RP
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	RP
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	RP
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	RP
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave, in unione ai campi Codice ASL, codice DSM, Codice Sanitario Individuale. Appartenenza alla regione ed all'ASL di riferimento.	OBB	RP
Campo Tecnico						
06.0	Tipo Movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto (CONTT)	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	RP
62.0	Progressivo contributi contatto	N	5	Indica il Numero Progressivo della scheda contributo compilata relativa ad un medesimo contatto	OBB	RP
Assegno Terapeutico						
63.0	Soggetto destinatario	AN	1	Paziente/Familiare/Tutore	CON	RP
64.0	Tipologia Assegno	AN	1	Una tantum/Periodico/Entrambi	CON	RP
65.0	Numero Contributi Una tantum	N	3	Numero Contributi Una tantum elargiti nel semestre	CON	RP
66.0	Periodicità Assegno Terapeutico	AN	1	Mensile/Bimestrale/Semestrale/Annuale	CON	RP
67.0	Importo Assegno Terapeutico	N	8,2	Importo complessivo dell'assegno terapeutico elargito nel semestre	CON	RP
68.0	Importo Assegno Una Tantum	N	8,2	Importo complessivo dell'assegno una tantum elargito nel semestre	CON	RP
Borsa Lavoro						

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 142 di 288
--	---	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
69.0	Soggetto Beneficiario	AN	1	Paziente/Datore di lavoro/Entrambi	CON	RP
70.0	Periodicità Borsa Lavoro	AN	1	Mensile/Bimestrale/Trimestrale/Semestrale/Annuale	CON	RP
71.0	Importo Borsa Lavoro	N	8,2	Importo complessivo della Borsa Lavoro elargita nel semestre	CON	RP
72.0	Quota Paziente	N	8,2	Importo della quota complessiva della Borsa Lavoro elargita a favore del paziente nel semestre	CON	RP
73.0	Quota Datore di Lavoro	N	8,2	Importo della quota complessiva della Borsa Lavoro elargita a favore del datore di lavoro nel semestre	CON	RP
Inserimento Lavorativo						
74.0	Inserimento Lavorativo	AN	1	Indica se il paziente sia beneficiario di affidamento a Cooperative sociali di tipo B nell'ambito della quota di lavori riservata all'ASL	CON	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA16F¹⁹
16.0	Identificativo Assistito17F²⁰
25.0	Identificativo Contatto
62.0	Progressivo Contributi Contatto

9.8.4.3 Struttura del tracciato CECPT

I campi che costituiscono il tracciato *Contributi Economici al Paziente* appartengono e sono caratterizzati da 4 sezioni: Scheda Contributi, Assegno Terapeutico, Borsa Lavoro ed Inserimento Lavorativo.

9.8.4.3.1 Assegno Terapeutico

¹⁹ Alternativo all'Identificativo Assistito

²⁰ Alternativo all'Identificativo AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 143 di 288
--	--	-----------------

L'assegno terapeutico viene elargito al fine di ridurre i ricoveri in strutture residenziali sanitarie: parte integrante del progetto terapeutico-riabilitativo, alternativo al ricovero e non sostitutivo di interventi previdenziali o assistenziali cui il paziente abbia diritto.

I campi del tracciato costituenti le informazioni sono:

1. Soggetto Destinatario (63.0)
2. Tipologia Assegno (64.0)
3. Numero Contributi Una Tantum (65.0)
4. Periodicità Assegno Terapeutico (66.0)
5. Importo Assegno Terapeutico (67.0)
6. Importo Assegno Una Tantum (68.0)

9.8.4.3.2 Borsa Lavoro

La Borsa Lavoro è il sostegno economico per inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali: parte integrante del progetto terapeutico-riabilitativo, si configura come beneficio temporaneo per il periodo della valenza del progetto, non sostitutivo di assunzione.

I campi del tracciato costituenti le informazioni sono:

1. Soggetto Beneficiario (69.0)
2. Periodicità Borsa Lavoro (70.0)
3. Importo Borsa Lavoro (71.0)
4. Quota paziente (72.0)
5. Quota Datore di Lavoro

9.8.4.3.3 Inserimento Lavorativo

L'inserimento Lavorativo è la riserva di quota di lavori di pulizia, manutenzione e attività analoghe da parte dell'ASL a beneficio dei pazienti.

Il campo "Inserimento Lavorativo in ASL" (73.0) indica se il paziente sia beneficiario di affidamento a cooperative sociali di tipo B.

9.8.4.4 Logica di Storicizzazione Dati Territoriali

La logica di storicizzazione dei dati dei tracciati comporta che, in seguito all'eliminazione di un record dall'archivio ed alla sua storicizzazione, tutti i record ad esso associati saranno allo stesso modo eliminati dall'archivio e storicizzati. Quando viene eliminato dall'archivio un contatto di tipo territoriale, anche se le Prestazioni ed i Contributi Economici ad esso associati saranno eliminati.

9.8.4.5 Criterio di Acquisizione Dati

Il criterio da applicare per procedere con l'acquisizione dei dati del tracciato Contributi Economici al paziente è delineato dall'obbligatorietà dei campi che lo compongono: campi obbligatori e campi condizionali. Per permettere l'acquisizione dei dati e procedere con l'elaborazione, devono essere valorizzati obbligatoriamente i campi di tipo obbligatorio che sono quelli costitutivi della chiave univoca d'identificazione del record.

9.8.4.6 Criterio di Elaborazione dei Dati

Il criterio di elaborazione dati del tracciato Contributi Economici al Paziente, come per il criterio di acquisizione è definito in base alle caratteristiche dei campi che lo compongono di tipo obbligatorio e condizionale.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 144 di 288
--	--	-----------------

Per poter procedere con la validazione e l'inserimento dei dati nell'archivio è necessario che almeno una delle sezioni principali del tracciato, *Assegno Terapeutico o Borsa Lavoro* sia stata valorizzata.
 La valorizzazione del campo *Inserimento Lavorativo* non influisce invece sulla validazione dei dati.

9.8.5 Le schede analitiche

9.8.5.1 Premessa

Ad ogni informazione richiesta corrisponde una scheda descrittiva articolata nei seguenti quadri:

- Tracciato** Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
- Modalità** Può essere: **OBBLIGATORIO, FACOLTATIVO** o **CONDIZIONATO**, come riportato nel tracciato record.
- Nome del campo** Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
- N. Scheda rif. •** Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
- Descrizione del campo** Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
- Correttezza formale** Contiene quattro righe così articolate:
- LUNGHEZZA:** numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.

FORMATO: definisce il campo quale *alfabetico*, od *alfanumerico*, o *numerico*. Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.

VALORI AMMESSI: espone i **sol**i valori fra cui scegliere l'informazione corretta.

TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al disciplinare, su supporto elettronico.

Controlli applicati Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.

Osservazioni e precisazioni Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 145 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Anno di Riferimento	01.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'anno cui si riferisce la rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AAAA

VALORI AMMESSI: 2012 – 9999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.

L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del periodo di competenza.

N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ.

N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo.

L34 – Invio Prestazione residenziale riferita ad un periodo errato.

L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 146 di 288
--	---	-----------------

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Regione	02.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Regione cui afferisce la struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 010

TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.
N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ.
N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo.
L33 – Contatto non ammesso.
L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 147 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Periodo di Riferimento	03.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Semestre dell'anno di riferimento cui si riferisce la rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S1, S2

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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.
 L34 – Invio Prestazione residenziale riferita ad un periodo errato
 S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.
 L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del periodo di competenza.
 N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ.
 N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo.
 L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI AMMESSI:

S1 = primo semestre

S2 = secondo semestre

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 148 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	04.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		
DESCRIZIONE CAMPO			
Codice dell'Azienda Sanitaria che invia i dati al Sistema di Monitoraggio regionale. È l'Azienda Sanitaria Locale in cui è sito il Servizio.			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.			
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. N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ. N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo. L33 – Contatto non ammesso. L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
ANAGT e ANAGRS È l'ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura territoriale o residenziale/semiresidenziale. CONTT, PRESTT, CONTRS, PRESTR, PRESTS,CECPT; È l'ASL presso la quale il Soggetto entra in contatto e ove sono erogate le prestazioni. Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). In occasione della messa a regime del sistema MRA (Monitoraggio Rete Assistenza), il campo dovrà essere compilato secondo le codifiche MRA.			

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 149 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGRS	OBB	Codice Azienda Sanitaria Ospitante	75.0
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria che ospita territorialmente la struttura dove viene erogata la prestazione. Può coincidere con l'azienda Sanitaria di riferimento

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.
N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio..
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.
L31 – Struttura associata ad ASL ospitante errata
L33 – Contatto non ammesso.
L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

ANAGRS CONTRS, PRESTR, PRESTS

È l'ASL che ha in carico territorialmente l'assistito. Può coincidere con la azienda sanitaria di riferimento.

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

In occasione della messa a regime del sistema MRA (Monitoraggio Rete Assistenza), il campo dovrà essere compilato secondo le codifiche MRA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 150 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Dipartimento Salute Mentale	05.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL di riferimento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI:
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.
 N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ.
 N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo.
 L33 – Contatto non ammesso.
 L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 151 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Tipo Movimento	06.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'invio riguarda un nuovo insieme di dati di Anagrafica / Contatto / Prestazione o la richiesta di sostituzione o cancellazione di un insieme di dati di Anagrafica / Contatto / Prestazione precedentemente inviato e regolarmente accettato dal Sistema di Monitoraggio regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, S, C

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI:

LEGENDA CODICI AMMESSI:

I = Inserimento;

S = Sostituzione;

C = Cancellazione.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 152 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Identificativo AURA	07.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 – 9999999999 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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. N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ. N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo. L33 – Contatto non ammesso. L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il codice identificativo AURA potrebbe non essere disponibile nel caso in cui il Soggetto non sia stato ancora registrato

nel sistema AURA-TS.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Titolo di Studio	08.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello massimo di istruzione conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

LEGENDA CODICI AMMESSI:

- 1 = nessuno
- 2 = licenza elementare
- 3 = licenza media inferiore
- 4 = diploma di qualifica professionale
- 5 = diploma media superiore
- 6 = laurea
- 7 = laurea magistrale
- 9 = non noto/non risulta

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 154 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Codice Professionale	09.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione .

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI AMMESSI:

- 01 = in cerca prima occupazione
- 02 = disoccupato
- 03 = casalinga
- 04 = studente
- 05 = pensionato
- 06 = invalido
- 07 = altra condizione non professionale
- 08 = dirigente
- 09 = quadro direttivo
- 10 = impiegato, tecnico
- 11 = capo operaio, operaio, bracciante
- 12 = altro lavoratore dipendente
- 13 = apprendista
- 14 = lavoratore a domicilio per conto di imprese
- 15 = militare di carriera
- 16 = imprenditore
- 17 = lavoratore in proprio
- 18 = libero professionista
- 19 = familiare coadiuvante

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 155 di 288
--	---	-----------------

99 = non noto/non risulta

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Collocazione Socioambientale	10.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
 TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

LEGENDA DEI CODICI AMMESSI:

- 1 = da solo;
- 2 = famiglia di origine;
- 3 = famiglia acquisita;
- 4 = con altri familiari o con altre persone;
- 5 = struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza;
- 6 = casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico;
- 7 = senza fissa dimora;
- 8 = altro;
- 9 = sconosciuto.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 156 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB		
ANAGRS	NBB	Stato Civile	11.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica lo stato civile dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1 = celibe
 2 = nubile
 3 = coniugato
 4 = separato
 5 = divorziato
 6 = vedovo
 9 = non noto/non risulta
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 157 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Regione di Residenza	12.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Regione italiana di residenza dell'assistito cui è stata erogata la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici regione a tre caratteri definiti dal DM 17 settembre 1986; 098; 998; 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

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 Comune o Stato estero di residenza.

L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni; oppure uno dei codici alternativi in legenda.

LEGENDA CODICI ALTERNATIVI AMMESSI:

098 = senza fissa dimora;

998 = residente all'estero;

999 = non noto/non risulta.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 158 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Provincia e Comune o Stato estero di Residenza	13.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la provincia ed il comune italiano o lo stato estero di residenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani; oppure

“999” + codice Stato estero;

STP + codice Stato estero;

“999999” per gli apolidi

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli Stati esteri

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.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.

I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.

Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza.

Per i residenti all'estero, il codice dello Stato preceduto da “999”, o STP seguito dal codice Stato estero.

Per i soggetti apolidi, il campo deve contenere “999999”.

Per le combinazioni di valori consentiti per i Campi correlati alla residenza anagrafica vedere la tabella presente nella sezione Anagrafiche.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 159 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Codice ASL di residenza	14.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria nel cui ambito territoriale ha la residenza l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ASL oppure 098; 998; 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali (v. Osservazioni e precisazioni).

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.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

In seguito alla messa a regime del sistema MRA (Monitoraggio Rete Assistenza), il campo dovrà essere compilato secondo le codifiche MRA.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche); oppure uno dei codici alternativi in legenda.

LEGENDA CODICI ALTERNATIVI AMMESSI:

098 = senza fissa dimora;

998 = residente all'estero;

999 = non noto/non risulta.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 160 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Codice Fiscale	15.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici "9"
 TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA-TS (per il codice fiscale)

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.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).
 Il codice fiscale immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Il Codice fiscale deve essere rilevato direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM (inviata dall'Agenzia delle Entrate) al momento della presa in carico.

Il campo è obbligatorio insieme al campo Regione di Residenza in caso di soggetti residenti fuori regione, per i quali non vi è disponibilità dell'Identificativo AURA.

Per le possibili combinazioni del codice fiscale e residenza si veda la tabella al paragrafo 5.3

- per i cittadini stranieri residenti in Italia ci si riferisce al codice fiscale;
- per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si usa il codice ISI avente la seguente struttura: "STP + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche";
- per cittadini stranieri non residenti in Italia si utilizzano sedici '9';

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 161 di 288
--	---	-----------------

- per gli apolidi si utilizzano sedici '9'.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Identificativo Assistito	16.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		
CECPT	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'assistito privo di identificativo AURA o codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI:
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.
 N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ.
 N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo.
 L33 – Contatto non ammesso.
 L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 162 di 288
--	---	-----------------

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Cognome	17.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO
Cognome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 50 FORMATO: A VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0). La compilazione del campo è obbligatoria se non presente l'Id-AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 163 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Nome	18.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO
Nome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 50 FORMATO: A VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0). La compilazione del campo è obbligatoria se non presente l'Id-AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 164 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Data di nascita	19.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GGMMAAAA
 VALORI AMMESSI:
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 165 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Sesso	20.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il sesso anagrafico dell'assistito.
È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
FORMATO: N
VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

LEGENDA CODICI AMMESSI:

- 1 = maschio;
- 2 = femmina;
- 3 = non noto/non risulta.

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 166 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Provincia e Comune o Stato estero di Nascita	21.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il luogo di nascita del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT di Province e Comuni d'Italia; o "999" + codice stato estero; o "999999"

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di province e comuni e codici del Ministero dell'Interno degli stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.

Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune.

Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999".

Se lo stato estero è sconosciuto si indicano sei "9".

Il codice di Stato estero non può assumere il valore corrispondente allo Stato italiano (100).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 167 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Cittadinanza	22.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.
 La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.
 È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2
 FORMATO: A
 VALORI AMMESSI: Codice Alpha 2 codifica ISO 3166-1.
 ZZ = APOLIDI
 XX = CITTADINANZA SCONOSCIUTA
 XK = KOSOVO
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).
 È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 168 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Codice Struttura	23.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		
DESCRIZIONE CAMPO			
Codice STS11 o HSP11bis della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA: 6 oppure 8 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11, HSP11bis (v. Osservazioni e Precisazioni)			
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. S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi. L31 – Struttura associata ad ASL ospitante errata N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ. N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo. L33 – Contatto non ammesso. L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente. L36 – Inviante Primo contatto errato. L37 - Tipo struttura residenziale errata L38 - Tipo struttura semiresidenziale errata			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 169 di 288
--	---	-----------------

Deve essere indicato il Codice della Struttura di erogazione:

- Struttura di ricovero: codice HSP11bis di otto cifre*;
- Altra struttura sanitaria: STS11.

* 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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Matricola Unità Produttiva	24.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice matricola del punto di erogazione nell'ambito della struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Archivio Regionale Punti Erogazione (ARPE)

CONTROLLI APPLICATI

S04 – Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 170 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Identificativo Contatto	25.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo univoco del Contatto.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 14 FORMATO: N VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

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. N11 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territ. N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo L33 – Contatto non ammesso. L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 171 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Data Apertura Scheda Paziente	26.0
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di apertura della scheda del paziente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GMMMAAAA
 VALORI AMMESSI: fino al 31122099
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 L03 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente.
 L13 – Congruenza tra Data Intervento e Data apertura scheda paziente.
 L15 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente.
 S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza.
 L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del periodo di competenza.
 L33 – Contatto non ammesso

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.

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.

La data NON può essere maggiore rispetto all'ultimo giorno del periodo di riferimento (anno-semester)
 Ad esempio: se Anno di riferimento – Periodo di riferimento è uguale a 2014 semestre I, la data di apertura scheda paziente non può essere maggiore del 30 giugno 2014.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 172 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Diagnosi di Apertura	27.0
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ICD-9 CM e successive modifiche,

Nel caso in cui la diagnosi di apertura non sia chiaramente definita, si può utilizzare il valore: 99999 = Diagnosi in attesa di definizione

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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).

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”).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 173 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Presenza di piano terapeutico	28.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la presenza di un Piano terapeutico.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1, 2 TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI AMMESSI: 1 = Si 2 = No

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 174 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Precedenti Contatti	29.0
CONTT	OBB		
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: 1 = SÌ
 2 = NO
 9 = NON NOTO/NON RISULTA
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 175 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Inviante per Primo Contatto	30.0
CONTT	OBB		
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 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
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L36 – Inviante Primo contatto errato.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 176 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Data Chiusura Scheda Paziente	31.0
CONTRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GGMMAAAA
 VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.
 N12 – Scheda contributi economici non elaborata per mancato abbinamento ad un contt attivo

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

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".

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 177 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Diagnosi di Chiusura	32.0
CONTRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: codici ICD-9 CM e successive modifiche,
 In caso di chiusura amministrativa, inserire il valore "XXXXX"
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L23 – Congruenza tra Diagnosi chiusura, Data chiusura scheda Paziente, Modalità conclusione.

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").

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 178 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Modalità di Conclusione	33.0
CONTRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 = assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico

2 = conclusione concordata del rapporto terapeutico

3 = interruzione non concordata

4 = suicidio

5 = decesso

9 = amministrativa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L24 – Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda Paziente, Diagnosi chiusura.

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. 179 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Data inizio contributo	34.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data di inizio dell'elargizione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: GGMMAAAA TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L02 – Congruenza tra data immessa e Periodo di competenza. L04 – Congruenza tra data inizio contributo e data cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 180 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Motivo erogazione contributo	35.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo di erogazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L20 – Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO PARTE DI SEZIONE RIPETIBILE

LEGENDA DEI CODICI AMESSI:

1 = Assegno terapeutico una tantum;

2 = Assegno terapeutico periodico;

3 = Borsa lavoro.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 181 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Data cessazione contributo	36.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data cessazione dell'erogazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: D
 VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 L04 – Congruenza tra Data inizio contributo e Data cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 182 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Motivo cessazione contributo	37.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo di cessazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L20 – Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO PARTE DI SEZIONE RIPETIBILE

LEGENDA DEI CODICI AMESSI:

- 1 = esito positivo del progetto di cura;
- 3 = inadempienza paziente;
- 2 = inserimento lavorativo;
- 4 = cessazione opportunità lavorativa.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 183 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Progressivo Prestazioni per Contatto	38.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: Valori compresi tra "1" a "99999"
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 184 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Intervento	39.0
PRESTT	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data in cui viene erogato l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GMMMAAAA Dal 01012012 al 31122099
 VALORI AMMESSI:
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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

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.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 185 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Intervento	40.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: 01 = visite psichiatriche
 02 = colloqui clinico psicologici
 03 = colloqui
 04 = consulenze
 05 = accertamento medico-legale
 06 = valutazioni standardizzate mediante test
 07 = psicoterapia individuale
 08 = psicoterapia di coppia
 09 = psicoterapia familiare
 10 = psicoterapia di gruppo
 11 = somministrazione di farmaci
 12 = colloqui con i familiari
 13 = interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (individuali)
 14 = interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia(gruppo)
 15 = riunioni
 16 = interventi sulle abilità di base (individuali)
 17 = interventi sulle abilità di base (gruppo)
 18 = interventi di risocializzazione (individuali)
 19 = interventi di risocializzazione (gruppo)
 20 = soggiorni
 21 = interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (individuale)
 22 = interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (gruppo)
 23 = formazione lavorativa
 24 = interventi di supporto
 25 = interventi per problemi amministrativi e sociali
 26 = interventi di rete
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 186 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Modalità di erogazione intervento	41.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'intervento è programmato o meno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1 = programmato
 2 = non programmato
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 187 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Sede Intervento	42.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1 = in sede
 2 = a domicilio
 3 = in altro luogo del territorio
 4 = in altra struttura del DSM
 5 = Ospedale Generale
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 188 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Operatore 1	43.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1 = medico
 2 = psicologo
 3 = assistente sociale
 4 = infermiere
 5 = educatore professionale
 6 = tecnico della riabilitazione
 7 = OTA
 8 = altro.
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 189 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Operatore 2	44.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 = medico 2 = psicologo 3 = assistente sociale 4 = infermiere 5 = educatore professionale 6 = tecnico della riabilitazione 7 = OTA 8 = altro. TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 190 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Operatore 3	45.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1 = medico
 2 = psicologo
 3 = assistente sociale
 4 = infermiere
 5 = educatore professionale
 6 = tecnico della riabilitazione
 7 = OTA
 8 = altro.
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 191 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Durata della prestazione	46.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Durata in ore intere della prestazione erogata dal gruppo di operatori intervenuti.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 – 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 24

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 192 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Proposta di TSO	47.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI AMMESSI:

1 = Sì;
 2 = No.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 193 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Prestazione erogata con ricetta	48.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Prestazione erogata con ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: N
 VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO:

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

LEGENDA CODICI AMMESSI:

1 = Ricetta ordinaria del SSN (c.d. Ricetta “rossa”);
 2 = Ricetta ordinaria non rimborsabile (c.d. Ricetta “bianca”);
 3 = Senza ricetta.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 194 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Numero ricetta	49.0
PRESTT	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Numero della ricetta per la prestazione erogata con ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: codice numerico ricetta (privato delle parti alfabetiche)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

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

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).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 195 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data inizio validità tariffa	50.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Data inizio validità della ripartizione in quote indicata

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: D VALORI AMMESSI: GGMMAAAA TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente. L05 – Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 196 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota sanitaria	51.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Quota giornaliera a carico del DSM, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7
 FORMATO: NNNN.NN
 VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 197 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota sociale	52.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7
 FORMATO: NNNN.NN
 VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 198 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota assistito	53.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 7 FORMATO: NNNN.NN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 199 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Altre quote	54.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Altre quote a carico dell'ASL, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7
 FORMATO: NNNN.NN
 VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 200 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data fine validità tariffa	55.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data fine validità della ripartizione in quote indicata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: D
 VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 L05 – Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 201 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Ammissione	56.0
PRESTR	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GGMMAAAA
 VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 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.
 L34 – Invio Prestazione residenziale riferita ad un periodo errato.
 L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 202 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Struttura Residenziale	57.0
PRESTR	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: 1 = CSM;
 6 = strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore;
 7 = strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali);
 8 = strutture residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali)
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L37 - Tipo struttura residenziale errata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 203 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Dimissione	58.0
PRESTR	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8
 FORMATO: GGMMAAAA
 VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

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.
 L35 – Inviata una prestazione già chiusa precedentemente.

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. 204 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Struttura SemiResidenziale	59.0
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: 1 = CSM – Ambulatorio;
 2 = centro diurno;
 3 = DH territoriale;
 6 = strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore;
 7 = strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali);
 8 = strutture residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali).
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L38 - Tipo struttura semiresidenziale errata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 205 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Modalità di presenza	60.0
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di presenza semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1
 FORMATO: AN
 VALORI AMMESSI: 1 = Presenza Semiresidenziale < 4 ore
 2 = Presenza Semiresidenziale > 4 ore
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 206 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Tipo Flusso	61.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		
CECPT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: "AR", "AT", "CR", "CT", "PR", "PS", "PT"

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Identificazione dei flussi:
 AR = ResidenzialeSemiresidenzialeAnagrafica
 CR = ResidenzialeSemiresidenzialeContatto
 PR = ResidenzialePrestazioniSanitarie
 PS = SemiResidenzialePrestazioniSanitarie
 AT = TerritorialeAnagrafica
 CT = TerritorialeContatto
 PT = TerritorialePrestazioniSanitarie
 CE = ContributiEconomici

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 207 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	OBB	Progressivo Contributi Contatto	62.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero progressivo della scheda contributo compilata relativa ad un medesimo contatto

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: N

CONTROLLI APPLICATI

S09 – Progressivo contributi contatto antecedente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 208 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Soggetto Destinatario	63.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il soggetto destinatario del contributo economico erogato.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,3

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Paziente • 2 = Familiare • 3 = Tutore

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 209 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Tipologia Assegno	64.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia dell'assegno erogato

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,3

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Una Tantum • 2 = Periodico • 3 = Entrambi

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 210 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Numero Contributi Una Tantum	65.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero dei contributi una tantum nel semestre

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3
FORMATO: N

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 211 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Periodicità Assegno Terapeutico	66.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la periodicità dell'assegno elargito

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,3,4,5

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Mensile • 2 = Bimestrale • 3 = Trimestrale • 4 = Semestrale • 5 = Annuale

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 212 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Importo Assegno Terapeutico	67.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'importo complessivo dell'assegno terapeutico erogato nel semestre.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: 99999.99 VALORI AMMESSI: 0.01 – 99999.99

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico L26 – Importo assegno terapeutico non ammesso

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 213 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Importo Assegno Una Tantum	68.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'importo complessivo dell'assegno Una Tantum erogato nel semestre.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: 99999.99 VALORI AMMESSI: 0.01 – 99999.99

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi N14 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. dell'assegno terapeutico L27 – Importo assegno una tantum non ammesso

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 214 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Soggetto Beneficiario	69.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il soggetto beneficiario del contributo

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,3

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N15 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della Borsa Lavoro

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Paziente • 2 = Datore di Lavoro • 3 = Entrambi

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 215 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Periodicità Borsa Lavoro	70.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la periodicità dell'assegno di Borsa Lavoro

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,3,4,5

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi
N15 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della Borsa Lavoro

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Mensile • 2 = Bimestrale • 3 = Trimestrale • 4 = Semestrale • 5 = Annuale

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 216 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Importo Borsa Lavoro	71.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'importo complessivo della Borsa Lavoro erogata nel semestre.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: 99999.99 VALORI AMMESSI: 0.01 – 99999.99

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi N15 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della Borsa Lavoro L25 – Importo Borsa Lavoro non valido L28 – Importo Borsa lavoro non ammesso

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 217 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Quota Paziente	72.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'importo complessivo della quota paziente della Borsa Lavoro erogata nel semestre.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: 99999.99 VALORI AMMESSI: 0.01 – 99999.99

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi N15 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della Borsa Lavoro L25– Importo Borsa Lavoro non valido L29 – Importo quota paziente non ammesso

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 218 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Quota Datore di Lavoro	73.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'importo complessivo della quota Datore di Lavoro della Borsa Lavoro erogata nel semestre.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: 99999.99 VALORI AMMESSI: 0.01 – 99999.99

CONTROLLI APPLICATI
N13 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della tipologia dei contributi N15 – Scheda contributi economici non elaborata per mancata def. della Borsa Lavoro L30 – Importo quota datore di lavoro non ammesso L25– Importo Borsa Lavoro non valido

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 219 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CECPT	CON	Inserimento lavorativo in ASL	74.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il paziente sia beneficiario di affidamento a cooperative sociali di tipo B nell'ambito della quota di lavori riservata all'ASL

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 1,2,

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = SI • 2 = NO

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 220 di 288
--	---	-----------------

9.8.6 Anagrafiche

9.8.6.1 Combinazioni dei valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica

N.	Tipologia utente	Posizione assistito	Codice fiscale	Regione di residenza	Comune di Residenza	ASL di Residenza	Cittadinanza
1	Italiano	Residente e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	010	Comune dell'ASL	ASL del Piemonte	IT
3	Italiano	Residente in altra Regione e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	Altra Regione	Comune di altra Regione	ASL di altra Regione	IT
4	Italiano	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	Effettivo	Codice Stato estero	999+codiceStato Estero	999	IT
5	Straniero	Non residenti in Italia	Effettivo oppure tutti 9	Codice Stato estero	999+codiceStato Estero	999	Presente in tabella eccetto IT
6	Illegalmente presenti (STP) (*)	Iscritto Centro ISI	Codice STP	Codice Stato estero	STP+cod. Stato Estero	999	Presente in tabella eccetto IT
7	Apolide		Tutti 9	999	999999	999	ZZ

(*) Il codice identificativo (STP) è costituito da: "STP+010+ codice ASL + 7 cifre numeriche".

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 221 di 288
--	--	-----------------

9.8.6.2 Controlli logici-normativi

9.8.6.2.1 Premessa

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 schede:

Fxx = controllo formale

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo CTR

Si utilizzano le abbreviazioni:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

S = segnalazione

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.

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”).

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).

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
L01	<p>Congruenza tra data immessa e data corrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> La data immessa non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati). 	7340	01.0	Anno di riferimento
			19.0	Data di nascita
			26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
			34.0	Data inizio contributo
			36.0	Data cessazione contributo
			39.0	Data intervento
			50.0	Data inizio validità tariffa
			55.0	Data fine validità tariffa
			56.0	Data ammissione
58.0	Data dimissione			
L02	<p>Congruenza tra data immessa e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> La data immessa dev'essere compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 	7302 7304 7341 7393	01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			39.0	Data intervento
L03	<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 paziente (31.0). 	7394	26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
L04	<p>Congruenza tra Data inizio contributo e Data cessazione contributo:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Data cessazione contributo (36.0) dev'essere maggiore o uguale della Data inizio contributo (34.0). 		34.0	Data inizio contributo
			36.0	Data cessazione contributo
L05	<p>Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Data fine validità tariffa (55.0) dev'essere maggiore o uguale alla Data inizio validità tariffa (50.0). 		50.0	Data inizio validità tariffa
			55.0	Data fine validità tariffa
L06	<p>Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se l'Identificativo AURA (07.0) è compilato, allora i 		07.0	Identificativo AURA
			12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<p>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), Identificativo assistito (16.0), 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) non devono essere valorizzati;</p> <ul style="list-style-type: none"> Se l'Identificativo AURA non è compilato, allora i campi Regione di residenza, Provincia e Comune o Stato estero di residenza, Codice ASL di residenza, Identificativo assistito, Cognome, Nome, Data di nascita, Sesso, Provincia e Comune o Stato estero di nascita, Cittadinanza devono essere valorizzati. Se la regione di residenza è uguale a '010' (Piemonte) l'identificativo AURA è obbligatorio. 		14.0	Codice ASL di residenza
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			17.0	Cognome
			18.0	Nome
			19.0	Data di nascita
			20.0	Sesso
			21.0	Provincia e Comune o Stato estero di nascita
			22.0	Cittadinanza
L09	<p>Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se compilato con un comune italiano, il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) dev'essere valorizzato con un codice di un Comune nell'ambito territoriale della Regione di residenza (12.0). 		12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L10	<p>Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se compilato con un comune italiano, il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) dev'essere valorizzato con un codice di un Comune nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza (14.0). 		13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			14.0	Codice ASL di residenza
L11	<p>Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta:</p> <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. 		48.0	Prestazione erogata con ricetta
			49.0	Numero ricetta
L12	<p>Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se la Data dimissione (58.0) è compilata, dev'essere maggiore o uguale alla Data ammissione (56.0). 		56.0	Data ammissione
			58.0	Data dimissione
L13	<p>Congruenza tra Data Intervento e Data Apertura Scheda Paziente:</p>	3204 3206	26.0	Data apertura scheda paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> La Data intervento (39.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0). 	7305 7340	39.0	Data intervento
L14	Congruenza tra Data Intervento e Data Chiusura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> Se la Data chiusura scheda paziente (31.0) è compilata e/o presente in archivio, la Data intervento (39.0) dev'essere minore o uguale della Data chiusura scheda paziente. 	3204 3206 7306 7342	31.0	Data chiusura scheda paziente
			39.0	Data intervento
L15	Congruenza tra Data Ammissione e Data Apertura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> La Data Ammissione (56.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0). 	3205 7305	26.0	Data apertura scheda paziente
			56.0	Data ammissione
L16	Congruenza tra Data Ammissione e Data Chiusura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> Se la Data chiusura scheda paziente (31.0) è compilata e/o presente in archivio, la Data ammissione (56.0) dev'essere minore o uguale della Data chiusura scheda paziente. 	3205 7306	31.0	Data chiusura scheda paziente
			56.0	Data ammissione
L17	Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza: <ul style="list-style-type: none"> Se Regione di residenza (12.0) è valorizzato con 098, 998 o 999, allora anche il campo ASL di residenza (14.0) dev'essere compilato con lo stesso valore. 	7362	12.0	Regione di residenza
			14.0	ASL di residenza
L18	Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> Se Regione di residenza (12.0) è valorizzato con 998 (residente all'estero), allora il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) non può essere compilato con il codice di un Comune italiano. 	7366	12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L19	Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se l'Identificativo AURA (07.0) non è valorizzato e Regione di residenza (12.0) è compilato con un valore diverso da 098, 099 o 999, allora i campi Codice fiscale (15.0) ed Identificativo assistito (16.0) devono essere entrambi compilati. 		07.0	Identificativo AURA
			12.0	Regione di residenza
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
L20	Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo:		35.0	Motivo erogazione contributo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> • se Motivo cessazione contributo (37.0) è compilato allora dev'essere compilato anche il campo Motivo erogazione contributo (35.0); • se Motivo erogazione contributo è pari a 1, il campo Motivo cessazione contributo non dev'essere compilato; • se Motivo erogazione contributo è compilato ed è pari a 2 (Assegno terapeutico periodico), allora Motivo cessazione contributo, se compilato, può assumere soltanto i valori 1 (Esito positivo del progetto di cura) oppure 2 (Inadempienza paziente). 		37.0	Motivo cessazione contributo
L21	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). 		48.0	Prestazione erogata con ricetta
			49.0	Numero ricetta
L22	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. 		31.0	Data chiusura scheda paziente
			32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L23	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. 		31.0	Data chiusura scheda paziente
			32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L24	Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda paziente, Diagnosi chiusura:		31.0	Data chiusura scheda paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<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. 		32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L31	Congruenza tra Codice Struttura (23.0) e Azienda Sanitaria Ospitante (75.0): <ul style="list-style-type: none"> Coerenza tra il Codice struttura e ASL ospitante all'interno dell'Anagrafe Regionale (ARPE). Il codice struttura deve riferirsi ad una struttura ubicata nell'ambito territoriale dell'ASL ospitante dichiarata. 		75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante
			23.0	Codice struttura
L32	Congruenza tra Data Apertura Scheda Paziente (26.0) e Anno di riferimento (01.0) e Periodo di Riferimento(semestre S1 o S2) (03.0): <ul style="list-style-type: none"> La data di Apertura Scheda Paziente non può essere maggiore rispetto all'ultimo giorno del periodo di riferimento (anno-semester) 		26.0	Data Apertura Scheda Paziente
			01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
N01	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.		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
N02	Scheda non elaborata per chiave non trovata: <ul style="list-style-type: none"> se "Tipo movimento" = "C" o "S", allora deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione. 	3938 3939	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			06.0	Tipo movimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			07.0	Identificativo AURA
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			38.0	Progressivo prestazioni contatto
			39.0	Data intervento
			56.0	Data ammissione
			75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante
			62.0	Progressivo Contributi Contatto
N03	<p>Scheda non elaborata per chiave 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 Chiave univoca di identificazione. 	3936 3937	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
		38.0	Progressivo prestazioni contatto	
		39.0	Data intervento	
		56.0	Data ammissione	
		75.0	Codice azienda sanitaria ospitante	
			62.0	Progressivo contributi contatto
N04	Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato	3201	01.0	Anno di riferimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	abbinamento ad un profilo anagrafico: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Anagrafica territoriale (ANAGT) cui associare il record Contatto territoriale (CONTT). 		02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
N05	Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto territoriale (CONTT) cui associare il record Prestazione territoriale (PRESTT). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
N06	Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Anagrafica residenziale/semiresidenziale (ANAGRS) cui associare il record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS). 	3201	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N07	Scheda Prestazione Residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione residenziale (PRESTR). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N08	<p>Scheda Prestazione Semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione semiresidenziale (PRESTS). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N09	<p>Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'Identificativo assistito (16.0) indicato nel record anagrafica (ANAGT, ANAGRS) in archivio risulta già associato ad un Codice fiscale (15.0) diverso da quello indicato, nell'ambito del medesimo DSM; oppure al Codice fiscale indicato risulta già abbinato un Identificativo assistito diverso da quello indicato, nell'ambito del medesimo DSM. 		05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
N10	<p>Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio:</p> <ul style="list-style-type: none"> non deve essere presente in archivio, se tipo movimento = 'I', un record avente medesima Chiave univoca di identificazione. 	3936 3937	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			06.0	Tipo movimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			07.0	Identificativo AURA
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			38.0	Progressivo prestazioni contatto
			39.0	Data intervento
			56.0	Data ammissione
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
			62.0	Progressivo Contributi contatto
N11	Scheda Contributi Economici al Paziente non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territoriale <ul style="list-style-type: none"> Nessun record di contatto territoriale (CONTT) a cui associare il record Contributi Economici (CECPT) 		01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice azienda sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			23.0	Codice struttura
			07.0	Identificativo aura
			16.0	Identificativo assistito
			25.0	Identificativo contatto territoriale
N12	Scheda Contributi Economici al Paziente non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto territoriale attivo <ul style="list-style-type: none"> Il record Contatto Territoriale (CONTT) a cui è associato il record Contributi Economici (CECPT) non è attivo nel semestre di competenza 		01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice azienda sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			23.0	Codice struttura
			07.0	Identificativo aura
			16.0	Identificativo assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
N13	<p>Scheda Contributi Economici al Paziente non elaborata per mancata definizione della tipologia dei contributi economici elargiti</p> <ul style="list-style-type: none"> Non sono stati definiti i dati di nessuna delle tipologie di contributi economici (assegno terapeutico e borsa lavoro) che sono stati elargiti al paziente nel semestre di competenza. 		25.0	Identificativo contatto territoriale
			31.0	Data chiusura scheda paziente
			63.0	Soggetto destinatario
			64.0	Tipologia assegno
			65.0	Numero contributi Una Tantum
			66.0	Periodicità Assegno terapeutico
			67.0	Importo assegno terapeutico
			68.0	Importo assegno Una Tantum
			69.0	Soggetto beneficiario
			70.0	Periodicità Borsa Lavoro
N14	<p>Scheda Contributi Economici al Paziente non elaborata per mancata definizione delle caratteristiche dell'assegno terapeutico elargito</p> <ul style="list-style-type: none"> Non sono state definite tutte le informazioni che identificano le caratteristiche dell'assegno terapeutico elargito al paziente nel semestre di competenza. 		63.0	Soggetto destinatario
			64.0	Tipologia assegno
			65.0	Numero contributi una tantum
			66.0	Periodicità assegno terapeutico
			67.0	Importo assegno terapeutico
			68.0	Importo assegno una tantum
N15	<p>Scheda Contributi Economici al Paziente non elaborata per mancata definizione delle caratteristiche della Borsa Lavoro elargita</p> <ul style="list-style-type: none"> Non sono state completamente definite tutte le informazioni che identificano le caratteristiche della Borsa Lavoro elargita al paziente nel semestre di competenza. 		69.0	Soggetto beneficiario
			70.0	Periodicità Borsa Lavoro
			71.0	Importo Borsa Lavoro
			72.0	Quota paziente
			73.0	Quota Datore di Lavoro
L25	Importo Borsa Lavoro non valido:		70.0	Importo Borsa Lavoro

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> Il valore del campo Borsa Lavoro (71.0) non corrisponde alla somma dei campi Quota paziente (72.0) e Quota Datore di Lavoro(73.0) 		71.0	Quota Datore di lavoro
			72.0	Quota paziente
L26	Importo assegno terapeutico non ammesso: <ul style="list-style-type: none"> Il valore del campo Assegno terapeutico (67.0) non è valido perché non corrisponde ai valori ammessi 		67.0	Importo Assegno terapeutico
L27	Importo assegno Una Tantum non ammesso: <ul style="list-style-type: none"> Il valore del campo Assegno Una Tantum (68.0) non è valido perché non corrisponde ai valori ammessi 		68.0	Importo assegno una tantum
L28	Importo Borsa Lavoro non ammesso: <ul style="list-style-type: none"> Il valore del campo Importo Borsa Lavoro (71.0) non è valido perché non corrisponde ai valori ammessi 		71.0	Importo Borsa Lavoro
L29	Importo Quota paziente non ammesso: Il valore del campo Importo Quota paziente (72.0) non è valido perché non corrisponde ai valori ammessi		72.0	Quota paziente
L30	Importo Quota Datore di Lavoro non ammesso: Il valore del campo Importo Quota Datore di Lavoro (73.0) non è valido perché non corrisponde ai valori ammessi		73.0	Quota Datore di Lavoro
L33	Contatto non ammesso: <ul style="list-style-type: none"> Esiste già un contatto con stessa data apertura e stessa struttura 		02.0	Codice Regione
			04.0	Codice azienda sanitaria di riferimento
			05.0	Codice dipartimento salute mentale
			23.0	Codice struttura
			07.0	Identificativo aura
			16.0	Identificativo assistito
			25.0	Identificativo contatto
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
		26.0	Data apertura scheda paziente	
L34	Invio Prestazione residenziale riferita ad un periodo errato: <ul style="list-style-type: none"> La data ammissione è riferita ad un periodo (anno e semestre) antecedente. Data non ammessa 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			56.0	Data Ammissione
L35	Invio Prestazione residenziale già chiusa precedentemente:		01.0	Anno di riferimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> E' stata inviata una prestazione con data dimissione nulla mentre è già stata inviata precedentemente la stessa prestazione con data dimissione compilata 		02.0	Codice Regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda di riferim
			75.0	Codice Azienda ospitante
			05.0	Codice dipartimento
			23.0	Codice struttura
			07.0	Identificativo aura
			16.0	Identificativo assistito
			25.0	Identificativo contatto
			56.0	Data ammissione
			58.0	Data dimissione
L36	Inviante Primo contatto errato: <ul style="list-style-type: none"> Nel caso di attività in SPDC o struttura privata accreditata il campo può contenere esclusivamente 1 o 9 		30.0	Inviante per primo contatto
			23.0	Codice struttura
L37	Tipo struttura residenziale errata: <ul style="list-style-type: none"> Nel caso di attività in SPDC o struttura privata accreditata il campo può contenere esclusivamente 6 		57.0	Tipo struttura residenziale
			23.0	Codice struttura
L38	Tipo struttura semiresidenziale errata: <ul style="list-style-type: none"> Nel caso di attività in SPDC o struttura privata accreditata il campo può contenere esclusivamente 6 		59.0	Tipo struttura residenziale
			23.0	Codice struttura
S01	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.		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
S02	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)	7342	19.0	Data di nascita
S03	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. 		19.0	Data di nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	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)			
S04	<p>Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record per i quali, in Anagrafe Strutture (ARPE), al codice Matricola Unità Produttiva (24.0) indicato non è associato il codice attività previsto (attività psichiatrica). [S05, S11] 		24.0	Matricola Unità Produttiva
S05	<p>Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali la Data apertura scheda paziente (26.0) non sia compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			26.0	Data apertura scheda paziente
S06	<p>Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali la Data chiusura scheda paziente (31.0) non sia compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			31.0	Data chiusura scheda paziente
S07	<p>Contatti aperti su stessa struttura:</p> <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. 		02.0	Codice Regione
			04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo Assistito
			23.0	Codice Struttura
			25.0	Identificativo Contatto
75.0	Codice azienda sanitaria ospitante			

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
S08	<p>Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi:</p> <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- semestre) ed esiste una stessa anagrafica in un periodo successivo. 		01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice Regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			06.0	Tipo movimento
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo Assistito
			23.0	Codice Struttura
S09	<p>Progressivo Contributi contatto antecedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vengono segnalati i record del tracciato Contributi Economici al Paziente che, a parità di chiave, hanno definito un valore di progressivo Contributi (62.0) che è antecedente e non seguente o superiore al valore inserito precedentemente 		01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice Regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			23.0	Codice struttura
			07.0	Identificativo Aura
			16.0	Identificativo assistito
			25.0	Identificativo contatto territoriale (CONTT)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 236 di 288
--	---	-----------------

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
			62.0	Progressivo contributi contatto
F01	Valore obbligatorio non inserito.		n.a.	Applicato a tutti i campi obbligatori
F02	Formato non valido		n.a.	Applicato a tutti i campi
F03	Valore inserito non ammesso		n.a.	Applicato a tutti i campi interessati

10. FLUSSI INFORMATIVI LIBERA PROFESSIONE LIBPRO-RP

10.1 PRESENTAZIONE DEL CAPITOLO

10.1.1 Obiettivi

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione dei flussi informativi regionali per il monitoraggio delle attività di libera professione intramuraria erogate presso le strutture sanitarie della Regione Piemonte, in coerenza con la Legge 8 novembre 2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” e successive modificazioni.

10.1.2 Concetti principali

Il flusso informativo riguarda la libera professione intramuraria: chiamata anche "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche anche, ma non solo, dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Il professionista è tenuto al rilascio di regolare fattura e la spesa, come tutte le spese sanitarie, è detraibile dalle imposte. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il professionista deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la normale operatività. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il professionista a cui rivolgersi per una prestazione.

Le tipologie di attività in libera professione attualmente previste possono essere distinte in :

- INTRA : attività erogata esclusivamente presso strutture dell’Azienda Sanitaria della regione Piemonte (ovvero censite nel sistema ARPE),
- ALLARGATA : attività di un professionista svolta al di fuori dei locali **aziendali** (p.e. **studi professionali privati, strutture esterne convenzionate, etc.**);
- MISTA: attività erogata sia presso strutture dell’Azienda Sanitaria della regione Piemonte che presso studi privati o strutture convenzionate e/o associate

Il flusso prevede la collezione dell’attività di libera professione
(strutture presenti su sistema ARPE) **resa a favore di assistiti - persone fisiche**

Le informazioni trattate e le regole adottate nel flusso dati sono basate su quanto riportato in “Modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all’organizzazione delle attività libero professionale intramuraria, ai sensi dell’articolo 1, comma 4, lettera a-bis), della legge 3 agosto 2007, n.120 e successive modificazioni“, con particolare riferimento a quanto riportato in “2.1.2 Servizi di inserimento e comunicazione dei dati di attività e servizi a pagamento”.

Il tracciato è basato sulle informazioni disponibili attualmente ed è suscettibile di variazioni, in linea con eventuali modifiche e/o integrazioni sia ministeriali che regionali.

Il flusso dati è progettato a consuntivo delle attività effettuate dal professionista su ogni singolo accesso del paziente, e non prevede invii in step intermedi (es. prenotazione, accoglienza,...) dell'attività stessa.

10.1.2.1 Riferimenti normativi

[D1] – **Legge 3 agosto 2007, n. 120** : “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”

[D2] – **Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158** : “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

[D3] – **Legge 8 novembre 2012, n. 189** : ” Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

10.2 REGOLE DI COMPILAZIONE

Nei tracciati in oggetto, si fa riferimento ad una graduazione del carattere obbligatorio del campo.

Tale graduazione è così definita:

OBBLIGATORIO – codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record oppure del blocco di record che fanno riferimento allo stesso accesso (si eliminano sia la riga dei ‘dati di accesso e assistito’ che quelle di ‘attività e pagamento’ -prestazioni collegate-)

Il valore da inserire nel campo deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede di riferimento, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto ed il dato è stato rilevato ma possono presentarsi vuoti (valorizzati a “spazio” o tutti zeri secondo il tipo di campo) in assenza dell'evento.

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

Sono i campi che possono anche non essere compilati. La loro compilazione pertanto, è considerata un debito informativo da rispettare ma, al momento, non essenziale per la certificazione dell'avvenuta attività.

NON VALORIZZARE – codice NV

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

- con “spazi”, se sono alfanumerici
- con tutti zeri, se sono numerici

CONDIZIONATO – codice CON

Il campo deve essere compilato in combinazione con altri campi del tracciato.

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

- i **campi alfanumerici (AN)** vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi,
- i **campi numerici (N)** vanno sempre allineati a destra e riempiti con zeri,
- i **campi** che esprimono importi in **euro** devono avere il seguente formato:

NNNNNN.NN per i campo **importo singola prestazione**

NNNNNNN.NN per i campo **importo totale**

Poiché il tracciato prevede che gli importi siano espressi secondo quanto esposto ed in particolare con due cifre decimali, il campo importo totale delle righe di dettaglio deve essere calcolato come prodotto del campo quantità per l'importo unitario della prestazione e deve essere arrotondato a 2 decimali secondo le norme dell'euro (non vengono accettati importi pari a 0 o negativi).

10.3 TIPO DI CONTROLLI

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

- Controlli di correttezza formale
- Controlli di correttezza logica
- Controlli di abbinamento dei record

10.3.1 *Controlli di correttezza formale (tipo F)*

I flussi trasmessi al CSI-Piemonte subiscono i controlli riguardanti la correttezza formale dei dati; in particolare per ciascun campo viene verificato che:

- il dato abbia il formato previsto
- il valore inserito appartenga all'insieme dei valori consentiti
- alcuni campi sono inoltre sottoposti al controllo di correttezza sostanziale (si accerta l'esistenza del dato nella tabella di riferimento)

Se una qualunque delle suddette condizioni non è soddisfatta, il record o l'insieme dei record (nel caso di più righe riferite allo stesso accesso) viene segnalato errato e non accettato.

10.3.2 *Controlli di correttezza logica (tipo L)*

I campi formalmente corretti vengono confrontati tra di loro al fine di individuare eventuali incongruenze. Tutti i record o insieme di record che presentano errori logici vengono segnalati errati e non accettati.

10.3.3 *Controlli di abbinamento dei record e integrità file ricevuti (tipo N)*

Poiché i dati di accesso e assistito sono separati dai dati di prestazione e pagamento, è necessario abbinare i dati mediante la chiave univoca del blocco di informazioni che è presente su entrambi i file (asl erogante + identificativo accesso in libera professione).

Pertanto sono introdotti dei controlli mirati alla ricerca dei record contenenti le informazioni di accesso in libera professione che non hanno riscontro nel file delle righe delle prestazioni e viceversa, dei record presenti nel file delle righe delle prestazioni che non compaiono nel file degli accessi.

Tali controlli sono prioritari e implicano lo scarto del blocco informazione che risulta incompleto ovvero privo della controparte.

10.4 NOTE DI COMPILAZIONE

Il seguente paragrafo dà indicazioni su varie problematiche di compilazione dei tracciati.

10.4.1 *Modalità di movimentazione dei dati*

Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento:

- "I" per il primo invio
- "C" per cancellazione
- "S" per sostituzione

il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato.

Al fine di facilitare la rilevazione, un eventuale blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S" ma non ancora presente nella base dati regionale, verrà trattato pari ad un primo invio.

10.4.1.1 Cancellazione blocchi di informazione

Entro il periodo previsto dalle regole della trasmissione dei flussi informativi sanitari regionali, è possibile effettuare la cancellazione oppure la sostituzione di record già inviati al CSI-Piemonte.

Si evidenzia che per l'operazione di cancellazione sono sufficienti i soli campi che consentono di identificare il blocco di informazioni che deve essere cancellato dalla base dati regionale; i campi che definiscono univocamente il record sono riportati, per ogni singolo tracciato, nello specifico paragrafo.

Essendo la componente anagrafica (dati di accesso) distinta dai dati di prestazione, è necessario inviare contestualmente sia il record anagrafico sia tutti i record prestazioni e pagamento, creando una riga avente la medesima chiave del record

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 240 di 288
--	--	-----------------

anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non possono essere cancellate singole righe di dettaglio; l'invio di un blocco di informazioni da cancellare con un numero di record diverso da quello presente sul sistema provocherà lo scarto dell'intero blocco inviato.

10.4.1.2 Sostituzione

Analogamente, l'operazione di sostituzione deve avvenire ritrasmettendo l'intero blocco di informazioni avente la stessa chiave di identificazione determinata dai campi che definiscono univocamente il record. L'operazione di sostituzione può prevedere un numero maggiore o minore di record nella parte prestazioni e pagamento rispetto a quelli già presenti; il sistema effettua infatti la cancellazione di tutti i record presenti (a parità di chiave) e il nuovo inserimento di quelli inviati.

Un eventuale invio contestuale di record con tipo movimento 'C' ed 'S' sugli stessi dati di accesso / prestazioni provocherà lo scarto del blocco di informazioni, in quanto il sistema non può conoscerne la priorità di elaborazione.

Si precisa che un movimento di tipo S viene accettato anche qualora fosse un primo invio (movimento I)

I campi chiave sono riportati, per ogni singolo tracciato, nello specifico paragrafo.

10.4.2 L'articolazione della Struttura di erogazione

In Regione Piemonte l'articolazione organizzativa della struttura di erogazione viene definita dalle Aziende Sanitarie in coerenza all'Atto Aziendale tramite l'applicativo regionale che gestisce l'Anagrafe Regionale Punti Erogazione (ARPE).

Le Attività previste per libera professione, definite nel catalogo delle attività presente all'interno di ARPE al momento sono le seguenti:

Codice	Descrizione	Obbligatorietà struttura
30125	DH chirurgico - libera professione	UP relativa
30135	DH non chirurgico - libera professione	UP relativa
30115	Ricoveri ordinari - libera professione	UP relativa
20511	Attività clinica libera professione	X
20512	Attività di laboratorio libera professione	X
20513	Attività di diagnostica strumentale e per immagini libera professione	X

Le strutture da considerare devono essere solamente quelle relative all'erogazione delle attività ambulatoriali, ovvero i codici 20511, 20512, 20513.

Il flusso della LP di cui al presente Disciplinare comprendono esclusivamente le prestazioni di tipo ambulatoriale.

Le codifiche di Anagrafe Regionale Punti Erogazione (ARPE) da utilizzare sono le seguenti:

- **Codice ASL** presso la quale il professionista eroga la prestazione in intramoenia,
- **Codice Struttura (STS11 se la struttura è un ambulatorio dell'ASR od altro codice in caso di studi professionali privati, strutture esterne convenzionate)** ove si eroga l'attività,
- **Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

10.4.3 Calendario degli invii

Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall'Assessorato, con specifica DGR del Settore DB2019 – Settore Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

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

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 241 di 288
--	---	-----------------

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati considerandoli però in extracompetenza.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 242 di 288
--	--	-----------------

10.5 TRACCIATI RECORD

10.5.1 Premessa

Il flusso informativo della libera professione (**LIBPRO-RP**) è rappresentato da due tracciati:

- **Tracciato “Dati di accesso e assistito” (DACC):** utilizzato per raccogliere i dati di accesso ed i dati anagrafici dell'assistito nell'ambito delle attività in libera professione;
- **Tracciato “Dati di attività” (DATT):** utilizzato per la raccolta delle informazioni relative alle prestazioni fornite ed ai relativi pagamenti.

Il tracciato “DACC” ed i tracciati relativi “DATT” sono logicamente collegati da una chiave univoca composta da più campi. L'accettazione del supporto (file) delle prestazioni è subordinato alla precedente corretta accettazione del supporto (file) dei dati di accesso e assistito.

10.5.1.1 Codifica dell'Identificativo di Accesso in Libera Professione

Ogni singolo accesso di ciascun paziente in libera professione deve essere identificato da un codice (alfanumerico di 20 caratteri), univoco per Azienda, formato da:

- primi 3 caratteri : Codice ASL presso la quale viene erogata la prestazione in libera professione
- successivi 2 caratteri: identificativo flusso (LP)
- successivi 15 caratteri: una combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole)

Esempio di codice identificativo di evento valido:

201LPA00000000000001 = primo accesso per attività in intramoenia dell'ASL 201

Ogni Azienda sanitaria deve garantire l'univocità dell' Identificativo di Accesso in Libera Professione, in modo da evitare collisioni all'interno della propria azienda, soprattutto nel caso in cui il flusso dati venga prodotto da più flussi gestionali interni all'Azienda stessa.

10.5.1.2 Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero Scheda:

indica il numero progressivo della scheda di riferimento contenente le norme di compilazione del campo.

Nome Campo:

è il nome del campo all'interno del tracciato record.

Tipo:

definisce il campo quale *alfanumerico* (AN) oppure *numerico* (N).

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Posizione da:

posizione del primo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

Posizione a:

posizione dell'ultimo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

Obbligatorietà (Obblig.):

indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo per i diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente **capitolo 2 “Regole di compilazione”**.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 243 di 288
--	--	-----------------

10.5.2 Tracciato dati di accesso e assistito (DACC)

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **DACC**.

Una occorrenza nel presente tracciato (**DACC**) può avere *n* occorrenze nel tracciato 'Dati di Prestazione' (**DATT**), ovvero ad uno stesso identificativo di accesso in libera professione possono essere associate più prestazioni.

È previsto un unico metodo di pagamento per evento (vedi sezione 'Dati di pagamento').

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. da	Pos. a	Obblig.	Note
Dati identificativi del set di dati (chiave univoca)							
01.0	Tipo flusso	AN	2			OBB	LP (Libera Professione)
02.0	Tipo record (DACC)	AN	4			OBB	
03.0	Tipo movimento	AN	1			OBB	I: inserimento (primo invio) C: cancellazione S: sostituzione
04.0	ASL erogante	AN	3			OBB	identifica l'ASL presso la quale viene erogata la prestazione in intramoenia
05.0	Numero Identificativo Accesso Libera Professione	AN	20			OBB	Numero identificativo dell'accesso in libera professione (NIALP)
Dati di prestazione							
20.0	Quantità totale prestazioni erogate	N	3			OBB	Indicare il numero totale di prestazioni erogate durante il singolo accesso in libera professione
Dati anagrafici assistito							
08.0	Id-AURA	N	10			CON	Codice identificativo del soggetto nel sistema regionale AURA-TS; se non presente devono essere indicati tutti gli altri dati identificativi dell'assistito
09.0	Codice fiscale Assistito	AN	16			CON	Codice fiscale dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
10.0	Cognome	AN	50			CON	Cognome dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
11.0	Nome	AN	50			CON	Nome dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
12.0	Data di nascita	AN	8			CON	Data di nascita dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
13.0	Sesso	AN	1			CON	Sesso dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
14.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6			CON	Codice luogo di nascita dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
15.0	Cittadinanza	AN	3			CON	Codice cittadinanza dell'assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
Dati di residenza assistito							

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 244 di 288
--	--	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. da	Pos. a	Obblig.	Note
16.0	Regione di residenza	AN	3			CON	Regione/Stato estero di residenza alla presa in carico. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6			CON	Comune/Stato estero di residenza alla presa in carico. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato.
18.0	ASL di residenza	AN	3			CON	È l'ASL cui afferisce l'indirizzo / Comune di residenza dell' assistito. Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato
Dati di pagamento							
21.0	Importo totale	N	10			OBB	Importo pagato dall'assistito per il totale delle prestazioni erogate nello stesso evento (in caso di prestazioni erogate in momenti diversi, ma afferenti allo stesso episodio o ciclo, si intende l'importo complessivo della fattura)
22.0	Codice Tipo di strumento di pagamento	AN	3			OBB	<ul style="list-style-type: none"> - carta di credito - carta di debito - bollettino di conto corrente postale - bonifico (bancario o postale) - assegno - pagamento contante presso casse aziendali
23.0	Identificativo della transazione del pagamento	AN	128			NOB	CRO (Codice Riferimento Operazione), ...

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai seguenti campi:

- **Tipo flusso (01.0)**
- **Tipo record (02.0)**
- **Tipo Movimento (03.0)**
- **ASL erogante (04.0)**
- **Numero Identificativo Accesso Libera Professione (05.0)**

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 245 di 288
--	--	-----------------

10.5.3 Tracciato dati di attività (DATT)

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **DATT**.

Una o più occorrenze nel presente tracciato (**DATT**) possono avere 1 sola occorrenza nel tracciato 'Dati di Accesso e Assistito' (**DACC**), ovvero possono essere presenti più prestazioni a fronte di un unico identificativo accesso in libera professione.

È prevista la possibilità di effettuare più prestazioni dello stesso tipo nello stesso accesso (vedi campo 'Quantità prestazioni erogate'); è previsto invece un unico metodo di pagamento per singolo accesso (vedi sezione 'Dati di pagamento' del tracciato **DATT**).

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. da	Pos. a	Obblig.	Note
Dati identificativi del set di dati							
01.0	Tipo flusso	AN	2			OBB	LP (Libera professione)
02.0	Tipo record (DATT)	AN	4			OBB	
03.0	Tipo movimento	AN	1			OBB	I: inserimento (primo invio) C: cancellazione S: sostituzione
04.0	ASL erogante	AN	3			OBB	identifica l'ASL presso la quale viene erogata la prestazione in intramoenia (necessario per identificare, con il NIALP, univocamente la prestazione)
26.0	Progressivo riga	N	2			OBB	Progressivo della riga per evento
Struttura di erogazione							
06.0	Codice Struttura	AN	6			OBB	Codice della Struttura presso la quale viene erogata la prestazione in libera professione (ARPE)
07.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6			OBB	Matricola del punto di erogazione (ARPE)
05.0	Numero Identificativo Accesso Libera Professione	AN	20			OBB	Numero identificativo dell'accesso in libera professione (NIALP)
Dati professionista							
24.0	Tipo professionista	AN	1			OBB	I valori ammessi sono : F - MMG P - PLS A - Specialista ambulatoriale H - Ospedaliero
25.0	Tipologia Libera Professione	AN	1			OBB	I valori ammessi sono: I = Intra A = Allargata M = Mista
33.0	Codice fiscale professionista	AN	16			CON	Codice fiscale del professionista. Obbligatorio se campo 'Id-AURA' non valorizzato.
34.0	Id-AURA del professionista	AN	16			CON	Codice identificativo del professionista nel sistema regionale AURA-TS. Obbligatorio se campo 'Codice fiscale professionista' non valorizzato.
Dati di prestazione							
27.0	Data erogazione prestazione	AN	8			OBB	Data di erogazione della prestazione

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 246 di 288
--	--	-----------------

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. da	Pos. a	Obblig.	Note
28.0	Durata erogazione prestazione	AN	4			OBB	Durata della prestazione erogata
29.0	Tipologia erogazione	AN	1			OBB	Singolo / Singolo con supporto / Equipe
30.0	Codice Branca	AN	2			OBB	Codice della branca specialistica di erogazione
19.0	Codice prestazione	AN	7			OBB	Codice prestazione ai sensi del Catalogo delle prestazioni in libera professione
31.0	Quantità prestazioni erogate	N	3			OBB	Indicare il numero di prestazioni dello stesso tipo erogate durante il singolo accesso in libera professione
Dati di pagamento							
32.0	Tariffa della/e prestazione/i	N	9			OBB	Tariffa per le prestazioni erogate

La chiave univoca di identificazione dell'evento è costituita dai seguenti campi:

- **Tipo flusso (01.0)**
- **Tipo record (02.0)**
- **Tipo Movimento (03.0)**
- **ASL erogante (04.0)**
- **Numero Identificativo Accesso Libera Professione (05.0)**

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 247 di 288
--	--	-----------------

10.6 LE SCHEDE ANALITICHE

10.6.1 Premessa

In questo capitolo vengono riportate le schede di riferimento con l'insieme dei controlli, formali e logici, che si applicano al campo. I controlli di tipo formale riguardano vincoli espressi sul singolo campo mentre i controlli logici coinvolgono congruenze con altri campi del tracciato.

Si precisa che la fase dei controlli è stata strutturata in modo tale da continuare comunque il controllo dell'intero blocco di informazioni anche nel caso in cui si sia rilevato un errore, questo al fine di fornire alla struttura inviante il maggior numero di segnalazioni da utilizzare per la correzione dei dati.

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene di seguito descritto.

Tracciato Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce

Obbligatorietà Indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo dei diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente **capitolo 3 "Regole di compilazione"**

Nome del campo Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.

N° scheda Rif. Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.

Descrizione del campo

Riporta una descrizione del campo.

Correttezza formale

Contiene quattro righe così articolate:

FORMATO : definisce il campo quale *alfanumerico* o *numerico*. Corrisponde alla terza colonna del tracciato record

LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record

VALORI AMMESSI:

espone i soli valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO:

quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al disciplinare, su supporto elettronico.

Controlli applicati

Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo 8 del disciplinare.

Osservazioni e precisazioni

Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 248 di 288
--	---	-----------------

10.6.2 Le schede

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Tipo flusso	01.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo deve essere compilato con la sigla del tipo di flusso dati (LP, Libera professione).

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: LP TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (<i>ASL, matricola UP, codice Struttura</i>) L03 - Congruenza tra Tipo Flusso e Codice Fiscale / ID-Aura del Professionista (Il professionista deve essere regolarmente censito all'interno di OpeSSan) L05 - Congruenza tra Tipo Flusso, codice Prestazione erogata e Branchia (la prestazione e la branca devono esistere nel Catalogo regionale della Libera Professione)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 249 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Tipo record	02.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la tipologia del tracciato record per il tipo flusso corrente.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: DACC se i dati trasmessi sono dati di accesso e assistito DATT se i dati trasmessi sono dati di prestazione TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (<i>ASL, matricola UP, codice Struttura</i>)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 250 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Tipo movimento	03.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare se i dati presenti nell’invio sono da considerare un nuovo inserimento oppure se si tratta di una sostituzione o una cancellazione di dati precedentemente inviati e regolarmente accettati.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: I – inserimento C – Cancellazione S - Sostituzione TABELLE DI RIFERIMENTO: N/A

CONTROLLI APPLICATI
L23 - Congruenza tra Numero identificativo Accesso in Libera professione e Tipo movimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE
LEGENDA CODICI: I : primo invio (si intende un evento che non è mai stato inviato, oppure è stata cancellato - mediante invio con Tipo movimento “C”- , oppure è stato respinto come “Non elaborabile”) S : sostituzione (Un movimento di tipo S viene considerato valido anche qualora fosse un primo invio) C : cancellazione (non è possibile cancellare un evento non già precedentemente inviato come I od S) Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 5 – “Note di compilazione”. N.B. Per il tracciato DACC: La cancellazione di un record del tracciato DACC comporta la cancellazione di tutti i record eventi con stessa chiave di collegamento.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 251 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	ASL erogante	04.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo identifica l'Azienda Sanitaria presso la quale viene erogata l'attività in Libera Professione.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 904, 905, 906, 907, 908, 909 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (ASL, matricola UP, codice Struttura) L09 - Congruenza fra ASL di erogazione e Numero Identificativo Accesso Libera Professione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 252 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Numero Identificativo Accesso Libera Professione	05.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero identificativo dell'accesso in libera professione, univoco all'interno della stessa Azienda Sanitaria

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 20 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L09 - Congruenza fra ASL di erogazione e Numero Identificativo Accesso Libera Professione L23 - Congruenza tra Numero identificativo Accesso in Libera professione e Tipo movimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI: Il campo deve avere la seguente struttura: <ul style="list-style-type: none"> - primi 3 caratteri : Codice ASL presso la quale viene erogata la prestazione in libera professione - successivi 2 caratteri: identificativo flusso (IM) - successivi 15 caratteri: una combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole)
CAMPO CHIAVE

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 253 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Codice Struttura	06.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice della Struttura (sistema ARPE) presso la quale viene erogata la prestazione in libera professione.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Strutture (ARPE)

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (<i>ASL, matricola UP, codice Struttura</i>)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 254 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Matricola dell'Unità Produttiva	07.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il punto di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: 1 – 999999 (v. nota in Osservazioni e Precisazioni) TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella ARPE

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (<i>ASL, matricola UP, codice Struttura</i>)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 255 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Identificativo AURA	08.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare l'identificativo del Soggetto nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 - 9999999999 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
il codice identificativo AURA deve essere relativo all'assistito al quale viene effettuata la prestazione in libera professione. Può non essere presente nel caso in cui il Soggetto non sia stato ancora registrato nel sistema AURA-TS; in tal caso occorre compilare tutti gli altri dati identificativi dell'assistito (CF e dati primari)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 256 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Codice fiscale assistito	09.0

DESCRIZIONE CAMPO
Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 16 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice fiscale; o sedici '9'; sedici '0' TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA-TS (per il codice fiscale)

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari) L17 – Congruenza fra codice fiscale tutti 0 (neonato) e data di erogazione della prestazione (la differenza non può superare i 30 giorni)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato
<ul style="list-style-type: none"> ⚠ Per i cittadini stranieri residenti in Italia occorre inserire il codice fiscale; ⚠ Per cittadini stranieri non residenti in Italia e gli apolidi, si utilizzano sedici '9'; ⚠ Per i neonati in attesa di codice fiscale, si utilizzano sedici '0'.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 257 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Cognome	10.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare il Cognome dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 50 FORMATO: A VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio. TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA. Il cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con lettere non accentate seguita dall'apostrofo. In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 258 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Nome	11.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare il Nome del soggetto assistito

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 50 FORMATO: A VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio. TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il nome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con lettere non accentate seguita dall'apostrofo. La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 259 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Data di Nascita	12.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare la Data di nascita del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN (GGMMAAAA) VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari) L17 - Congruenza fra codice fiscale tutti 0 (neonato) e data di erogazione della prestazione (la differenza non può superare i 30 giorni)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 260 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Sesso	13.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare il codice indicante il genere del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 -2 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA
LEGENDA DEI CODICI: 1 = maschio 2 = femmina

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 261 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Provincia e Comune di Nascita	14.0

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo deve essere valorizzato con il luogo di nascita del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ISTAT per l'Italia (provincia + comune), "999" + codice stato estero per gli stati esteri "999999" per apolidi TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA. I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento. Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto dai primi tre caratteri identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero", preceduto da "999". Per i soggetti apolidi il campo deve contenere "999999". Il codice di Stato estero non può assumere il valore corrispondente allo Stato italiano (100). Ovvero il valore 999100 non ammesso.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 262 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Cittadinanza	15.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il Codice cittadinanza del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: se cittadino italiano: “100” ; se cittadino di Stato estero: codice ISTAT Stato estero ; se “apolide”: “999” ; se “non identificabile”: “000” . TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT codici Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 263 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Regione di residenza	16.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la Regione italiana di residenza del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici regioni italiane oppure '999'

CONTROLLI APPLICATI
L07 – Congruenza tra ASL di residenza, Regione, Provincia e Comune di residenza L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. È la regione di residenza dell'assistito all'atto dell'erogazione della prestazione. Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni. Per i residenti all'estero, o apolidi, il campo deve essere valorizzato a "999".

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 264 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	Provincia e Comune di residenza	17.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il luogo di residenza del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ISTAT per l'Italia (provincia + comune), "999" + codice stato estero per gli stati esteri "999999" per stato estero sconosciuto TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI
L07 – Congruenza tra ASL di residenza, Regione, Provincia e Comune di residenza L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA. I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento. È il luogo di residenza dell'assistito all'atto dell'erogazione della prestazione. Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto dai primi tre caratteri identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i residenti all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero", preceduto da "999". Se stato estero è sconosciuto il campo deve contenere "999999". Il codice di Stato estero non può assumere il valore corrispondente allo Stato italiano (100).

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 265 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	CON	ASL di residenza	18.0

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo deve contenere l'ASL cui afferisce l'indirizzo / Comune nel quale risiede il Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte, da 001 a 998 per le altre Regioni, per residenti all'estero: "999" TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia

CONTROLLI APPLICATI
L07 – Congruenza tra ASL di residenza, Regione, Provincia e Comune di residenza L11 - Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA. Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. È l'ASL a cui afferisce l'indirizzo / Comune di residenza dell'assistito all'atto dell'erogazione della prestazione. In caso di residenti all'estero il campo deve essere compilato con "999".

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 266 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Codice prestazione	19.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Deve contenere il codice prestazione secondo il Catalogo regionale delle prestazioni di libera professione in vigore al momento dell'erogazione della prestazione. NON sono ammessi codici prestazione extra – catalogo

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 7 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: valori presenti in tabella TABELLE DI RIFERIMENTO: Catalogo regionale delle prestazioni di libera professione

CONTROLLI APPLICATI
L05 - Congruenza tra Tipo Flusso, codice Prestazione erogata e Branca (la prestazione e la branca devono esistere nel Catalogo regionale della Libera Professione)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. Nell'ambito del medesimo accesso, lo stesso codice prestazione non può essere presente su più righe di dettaglio (utilizzare il campo quantità per riportare il numero effettivo di prestazioni erogate)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 267 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Quantità totale prestazioni erogate	20.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate durante il singolo accesso in libera professione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: N VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L19 – Congruenza tra Numero Identificativo Accesso Libera Professione, Quantità totale delle prestazioni erogate nell’accesso e sommatoria delle quantità delle singole prestazioni erogate

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel caso di una prestazione erogata più volte nello stesso accesso occorre conteggiarla tante volte quante sono state le effettive erogazioni.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 268 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Importo totale	21.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare l'importo in euro pagato dall'assistito per il totale delle prestazioni erogate nel singolo accesso in libera professione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10 FORMATO: N (9999999.99) VALORI AMMESSI: 0.00 – 9999999.99 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 269 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	OBB	Codice Tipo Strumento di Pagamento	22.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice Tipo Strumento di Pagamento utilizzato dall'assistito per il pagamento delle prestazioni per ogni singolo accesso

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI: 001 = carta di credito 002 = carta di debito (bancomat) 003 = bollettino di conto corrente postale 004 = bonifico (bancario o postale) 005 = assegno bancario 006 = pagamento contante presso casse aziendali

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 270 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DACC	NOB	Identificativo della transazione del pagamento	23.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare l'Identificativo della transazione del pagamento (CRO-Codice Riferimento Operazione per i bonifici, ecc.), di cui al campo 21.0

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 15 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 271 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo professionista	24.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la tipologia di professionista che effettua la prestazione in libera professione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI
L03 - Congruenza tra Tipo Flusso e Codice Fiscale / ID-Aura del Professionista (Il professionista deve essere regolarmente censito all'interno di OpeSSan)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI: F : MMG P : PLS A : Specialista ambulatoriale H : Ospedaliero

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 272 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipologia Libera Professione	25.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la tipologia di Libera Professione che il professionista effettua

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI
L03 - Congruenza tra Tipo Flusso e Codice Fiscale / ID-Aura del Professionista (Il professionista deve essere regolarmente censito all'interno di OpeSSan)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI: I : libera professione 'Intra' A : libera professione 'Allargata' M : libera professione 'Mista'

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 273 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Progressivo riga	26.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica una determinata riga del dettaglio dell'evento

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2 FORMATO: N VALORI AMMESSI: (*) TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) la prima riga della/e prestazione/i erogata/e nell'ambito dello stesso evento deve contenere "01". Ciascuna riga successiva deve riportare un numero in stretta progressione.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 274 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DATT	OBB	Data erogazione prestazione	27.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la data di erogazione della prestazione in libera professione al soggetto assistito

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN (GGMMAAAA) VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L17 – Congruenza fra codice fiscale tutti 0 (neonato) e data di erogazione della prestazione (la differenza non può superare i 30 giorni) L21 - Congruenza tra data erogazione prestazione e data corrente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 275 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Durata prestazione	28.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la durata dell'erogazione della singola prestazione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN (HH24MI) VALORI AMMESSI: 0001 – 2359 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato dell'ora deve essere HH24MI, ovvero ora su base 24 + minuti (es. durata della prestazione 1:25 diventa 0125)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 276 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipologia erogazione	29.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica come viene erogata la prestazione ovvero: effettuata dal singolo professionista, dal professionista con supporto oppure in equipe

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: S= Singolo, T= Singolo con supporto, E = Equipe
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L13 – Congruenza tra tipologia erogazione e CF / ID-Aura del professionista

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se in equipe il CF / ID-Aura può essere omesso

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 277 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Branca della prestazione	30.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice della Branca di appartenenza della prestazione erogata in libera professione, come indicato nel Catalogo regionale della Libera Professione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Catalogo regionale della Libera Professione

CONTROLLI APPLICATI
L05 - Congruenza tra Tipo Flusso, codice Prestazione erogata e Branca (la prestazione e la branca devono esistere nel Catalogo regionale della Libera Professione)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 278 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quantità prestazioni erogate	31.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il numero di prestazioni dello stesso tipo erogate durante il singolo accesso in libera professione (rif. campo 19.0)

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 – 999 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L19 – Congruenza tra Numero Identificativo Accesso Libera Professione, Quantità totale delle prestazioni erogate nell'accesso e sommatoria delle quantità singole prestazioni erogate

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 279 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tariffa della/e prestazione/i	32.0
DATT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la tariffa in euro della/e prestazione/i

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 9 FORMATO: N (999999.99) VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999.99 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Riportare la tariffa prestazione moltiplicata, qualora necessario, per il numero di prestazioni effettuate

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 280 di 288
--	---	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Codice Fiscale Professionista	33.0
DATT	CON		

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice fiscale del professionista che effettua la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 16 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice fiscale TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA-TS (per il codice fiscale)

CONTROLLI APPLICATI
L13 - Congruenza tra tipologia erogazione e CF / ID-Aura del professionista L15 - Verifica dati professionista (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Obbligatorio se il campo ID-AURA non è compilato. Non richiesto nel caso di 29.0 - Tipologia di erogazione uguale ad Equipe (E)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 281 di 288
--	--	-----------------

TRACCIATO	Obbligatorietà	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
DATT	CON	Identificativo AURA professionista	34.0

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare l'identificativo del professionista nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1 - 9999999999 TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L13 - Congruenza tra tipologia erogazione e CF / ID-Aura del professionista L15 - Verifica dati professionista (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
il codice identificativo AURA deve essere relativo al professionista che effettua le prestazioni. Può non essere presente nel caso in cui il Soggetto non sia stato ancora registrato nel sistema AURA-TS; in tal caso occorre compilare tutti gli altri dati identificativi dell'assistito (CF e dati primari). Non richiesto nel caso di 29.0 - Tipologia di erogazione uguale ad Equipe (E)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 282 di 288
--	--	-----------------

10.7 SCHEDE DEI CONTROLLI

Nel presente capitolo vengono riportati i controlli logici, formali, bloccanti e le segnalazioni fornite in risposta dal sistema di controllo.

Vengono riportate le seguenti informazioni :

- N° Indica la tipologia ed il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento :
- Lxx = controllo logico, controllo effettuato
 - Fxx = controllo formale, controllo effettuato sul singolo campo
 - Nxx = condizione di record o gruppi di record **non elaborabili, controllo bloccante**
 - Sxx = segnalazione

Descrizione controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura

Blocco Indica se il controllo è bloccante oppure no (i set di dati che non superano il controllo vengono respinti dal sistema e dovranno pertanto essere corretti e reinviati dal sistema inviante)

Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che elencano i campi coinvolti nel controllo.

La scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 283 di 288
--	---	-----------------

10.7.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	Blocco	CAMPO	
			N°	NOME
L01	Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo record e luogo di Erogazione (ASL, matricola UP, codice Struttura)	SI	01.0	Tipo flusso
			02.0	Tipo record
			04.0	ASL erogante
			06.0	Codice Struttura
			07.0	Matricola dell'unità produttiva
L03	Congruenza tra Tipo Flusso e Codice Fiscale / ID-Aura del Professionista (Il professionista deve essere regolarmente censito all'interno di OpeSSan)	SI	01.0	Tipo flusso
			24.0	Tipo professionista
			25.0	Tipologia libera professione
			33.0	Codice fiscale del professionista
			34.0	Id-AURA del professionista
L05	Congruenza tra Tipo Flusso, codice Prestazione erogata e Branca (la prestazione e la branca devono esistere nel Catalogo regionale della Libera Professione)	SI	01.0	Tipo flusso
			19.0	Codice Prestazione
			30.0	Codice Branca
L07	Congruenza tra ASL di residenza, Regione, Provincia e Comune di residenza	SI	16.0	Regione di residenza
			17.0	Provincia / Comune di residenza
			18.0	ASL di residenza
L09	Congruenza fra ASL di erogazione e Numero Identificativo Accesso Libera Professione	SI	04.0	ASL erogante
			05.0	Numero Identificativo Accesso in Libera Professione
L11	Verifica dati assistito (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)	SI	08.0	Id-AURA
			09.0	Codice fiscale
			10.0	Cognome
			11.0	Nome
			12.0	Data di nascita
			13.0	Sesso
			14.0	Provincia e comune o stato estero di nascita
			15.0	Cittadinanza
			16.0	Regione di residenza
			17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			18.0	ASL di residenza
L13	Congruenza tra tipologia erogazione e CF / ID-Aura del professionista	SI	29.0	Tipologia erogazione
			33.0	Codice fiscale professionista
			34.0	Id-AURA del professionista
L15	Verifica dati professionista (codice identificativo AURA / codice fiscale / dati primari)	SI	33.0	Codice fiscale professionista
			34.0	Id-AURA del professionista
L17	Congruenza fra codice fiscale tutti 0 (neonato) e data di erogazione della prestazione (la differenza non può superare i 30 giorni)	SI	09.0	Codice fiscale
			12.0	Data di nascita
			27.0	Data erogazione prestazione
L19	Congruenza tra Numero Identificativo Accesso Libera Professione, Quantità totale delle prestazioni erogate	SI	20.0	Quantità totale prestazioni erogate

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 284 di 288
--	--	-----------------

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	Blocco	CAMPO	
			N°	NOME
	nell'accesso e sommatoria delle quantità delle singole prestazioni erogate		31.0	Quantità prestazioni erogate
L21	Congruenza tra data erogazione prestazione e data corrente	SI	27.0	Data erogazione prestazione
L23	Congruenza tra Numero identificativo Accesso in Libera professione e Tipo movimento	SI	03.0	Tipo movimento
			05.0	Numero identificativo Accesso Libera Professione

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 285 di 288
--	---	-----------------

10.7.2 Controlli Formali (tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi; nel caso di errata compilazione del campo l'errore restituito è il codice del campo in errore.

Per esempio se il campo 05.0 'Numero Identificativo Accesso Libera Professione' obbligatorio, non viene compilato, viene restituito il codice: "050 – errore formale <F01> sul campo Numero Identificativo Accesso Libera Professione".

Il paragrafo elenca i tipi di controlli formali applicati ai campi dei tracciati:

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	Blocco	NOTE
F01	Campo obbligatorio non valorizzato	SI	Applicato a tutti i campi obbligatori
F02	Valore non accettabile	SI	Valore non compatibile con il tipo del campo
F03	Valore non numerico	SI	Presenza di caratteri in campi numerici
F04	Valore non presente in tabella	SI	Valore non presente nella tabella di riferimento o nell'insieme di valori permessi per il campo
F05	Data non valida	SI	Errore di compilazione sulla data
F06	Campo formalmente errato	SI	Errata compilazione del campo se soggetto a formattazione specifica (es. Codice Fiscale, Numero Identificativo Accesso Libera Professione,...)
F07	Valore non alfabetico	SI	Presenza di cifre numeriche in campi alfabetici (es. cognome e nome)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 286 di 288
--	---	-----------------

10.7.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	Blocco	NOTE
N01	Ad ogni record presente nel supporto DACC deve corrispondere in DATT un blocco informazioni con medesima chiave	SI	Nel supporto DACC è presente un record che non ha un blocco di record di riscontro in DATT
N02	Record nel supporto DACC inesistente a fronte di un record nel supporto DATT presente	SI	Nel supporto DATT è presente uno o più record ai quali non corrisponde alcun record in DACC
N03	Chiave univoca duplicata nel supporto DACC	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nel supporto DACC (indipendentemente dal Tipo Movimento)
N04	Chiave univoca duplicata nel supporto DATT	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nel supporto DATT (indipendentemente dal Tipo Movimento)
N05	Blocco di informazioni ripetuto con Tipo Movimento diverso nel supporto	SI	Lo stesso blocco informazioni (a parità di chiave) è presente più volte nello stesso supporto con Tipo Movimento diverso
N06	Blocco informazioni esistente per Tipo Movimento "I"	SI	Nel supporto esiste già un blocco con la stessa chiave logica; il blocco informazione deve essere inviato con tipo movimento a "S"
N07	Anno di competenza chiuso	SI	Il campo Data Erogazione prestazione si riferisce ad un anno di competenza chiuso

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 287 di 288
--	--	-----------------

10.7.4 Segnalazioni (tipo S)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	Blocco	NOTE
S01	Cancellazione effettuata	NO	I record ricevuti con Tipo Movimento 'C' sono stati correttamente cancellati
S05	Attività erogata fuori Tempo Massimo	NO	(rispetto al calendario)

	Allegato 1: Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013	Pag. 288 di 288
--	---	-----------------

10.8 INVIO TRAMITE SERVIZIO MOBS

I file contenenti le informazioni sopra descritte, nei tracciati **DACC** e **DATT**, devono essere inviati tramite il servizio MOBS – Flussi informativi regionali, rispettando la nomenclatura e le regole previste dalla versione